



**TYPOLOGIE UND TOPOLOGIE
DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT
UND -INFRASTRUKTUR IM
FREISTAAT THÜRINGEN**

Dissertation Oliver Christian Zobel

**Explorative Analysen zu
pflegebedürftigen Menschen und Pflegeinfrastrukturen,
ein Beitrag zur empirischen Regionalforschung und Landeskunde**

TYPLOGIE UND TOPOLOGIE DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT UND -INFRASTRUKTUR IM FREISTAAT THÜRINGEN

**Explorative Analysen zu pflegebedürftigen Menschen und Pflegeinfrastrukturen,
ein Beitrag zur empirischen Regionalforschung und Landeskunde**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor-Ingenieur

an der Fakultät Architektur, Stadt- und Regionalplanung

der

Bauhaus-Universität Weimar

vorgelegt von

Dipl.-Ing. Oliver Christian Zobel

geb. 23. August 1971 in Berlin

Weimar, im November 2003

Gutachter

Prof. Dr. sc. nat. Gerold Kind
(Bauhaus-Universität)

Prof. Dr. sc. oec. Gunnar Winkler
(Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin)

Prof. Dr. phil. habil Dieter Hassenpflug
(Bauhaus-Universität)

Tag der Disputation
29. Oktober 2004

Im Prinzip ist das Altwerden erlaubt –
aber es wird nicht gern gesehen.
(Dieter Hildebrandt)

Das Alter ist ein höflicher Mann:
Einmal übers andre klopft er an,
aber nun sagt niemand: Herein!
Und vor der Türe will er nicht sein.
Da klinkt er auf, tritt ein so schnell,
und nun heißt's, er sei ein grober Gesell.
(Johann Wolfgang von Goethe)

Vorwort und Danksagung

Das Leben kann nicht vorausbestimmt werden. Vieles geschieht, ohne dass wir Einfluss nehmen können. Da Menschen, die heute auf Hilfe und Pflege angewiesen sind, zuvor meist selbständig lebten, tragen sie und ihre Familien eine große physische und psychische Belastung. Wer einen Menschen pflegt, geht in dieser Aufgabe häufig ganz und gar auf. Dies kann bis zur Überforderung und Verzweiflung gehen. Zudem erschöpft die Pflege häufig die finanziellen Möglichkeiten. Daher hat die Pflegeversicherung, ungeachtet berechtigter Kritik, eine große Bedeutung und Wirkung.

Dieser Arbeit will ich ein paar kurze persönliche Bemerkungen voranstellen, um die Beweggründe für ein Thema aufzuzeigen, das in seinen ersten Ansätzen (1995/96) wenig populär war. Die Ursprünge liegen in meinen eigenen familiären Erfahrungen und Erlebnissen. Meine Großeltern waren im Alter auf Hilfe und Pflege angewiesen. Pflege und Hilfe leistete die Familie – wie üblich meine Mutter. Liebe und Undank, Zuneigung und Missverständnisse, Pflichtgefühl und Überforderung – alle diese Elemente waren über sehr viele Jahre auch Mittelpunkt des Familienalltags.

Aus diesen familiären Erlebnissen und meiner langjährigen Erfahrung als Planer ist es mir daher sehr wichtig darauf hinzuweisen, dass sich hinter den „harten“ Zahlen und Fakten dieser Arbeit viele individuelle Schicksale verbergen. Hierüber kann und will die Arbeit aber keine detaillierten Aussagen machen, um nicht Gefahr zu laufen, die Gesamtsicht zu verlieren. Pflege ist und bleibt ein sehr emotionales Thema. Ein Raumplaner kann jedoch diese emotional beladene und individuelle Auseinandersetzung nur streifen – kaum in ihrer Tragweite in seinem wissenschaftlichen oder planerischen Schaffensbereich integrieren. Sein Instrumentarium ist für diesen Maßstab niemals fein genug. Dennoch kann oder besser muss er Einfluss nehmen. Einfluss aus der Verpflichtung, über die Erkenntnisse seiner (langfristigen) Analysen und Entwicklungen und Probleme zu informieren und „Planungen“ zu initiieren, die sich zwar kaum messbar aber in der Folge unmittelbar auf individuelle Lebens- und Schicksalslagen auswirken – deren Ursachen eben auch oft räumlicher / raumplanerischer Natur sind.

Mit Erstaunen konnte ich in den letzten Jahren erfahren, dass aus meinem anfänglich mit kopfschütteln und höflichem Desinteresse zur Kenntnis genommenen Thema „alte Menschen“ zunehmend ein gezieltes Nachfragen über die Sachverhalte entstanden ist. Nicht nur im wissenschaftlichen Diskurs ist ein solches Thema z.B. in den oft ökologisch/ökonomisch dominierten Raumwissenschaften „hoffähiger“ geworden. Auch im Freundeskreis „unter 40“ ist das Interesse an demographischen Entwicklungsprozessen, einer räumlich/bildhaften Vorstellung einer alternden Gesellschaft, den Konsequenzen und nicht zuletzt die Reflektionen zum „alt werden“ beachtlich gestiegen. Leider überwiegen eher allgemeine Befürchtungen – über steigende Kosten, sichere Renten und geeignete Geldanlagen zur privaten Geldanlage.

Ein weiterer Beweggrund und für die Arbeit entscheidende Grundlage ist die lange und intensive Zusammenarbeit mit dem Referat Pflegeversicherung des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit (TMSFG). Während dieser Zeit habe ich von vielen wertvollen Diskussionen profitiert, die ich mit den Mitarbeitern des TMSFG, im Landespflegeausschuss Thüringen, mit Heimleitungen und nicht zuletzt mit Pflegebedürftigen führen konnte. Aus einem Kanon unterschiedlichster Fragestellungen, Interessen und Problemen kristallisierte sich für mich als Raumplaner und Regionalforscher die zentralen Fragen nach den räumlichen Bezügen, Strukturen und Abhängigkeiten der Pflege heraus.

So möchte ich besonders meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Kind für seine Bereitschaft danken, mein Forschungsvorhaben zu betreuen. Danken auch für zahlreiche Diskussionen, Hinweise und Anregungen aus der ganzen Bandbreite unserer Forschungsdisziplin und gesellschaftspolitischen Verantwortung.

Herrn Prof. Dr. Winkler vom Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum Berlin-Brandenburg möchte ich für die Unterstützung in der Abschlussphase meiner Dissertation danken.

Die Analyse der umfangreichen Daten und die Lösung der Forschungsaufgabe erforderten die Nutzung eines mathematischen/statistischen Instrumentariums, dessen Komplexität oder Weiterentwicklung aber nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit sein soll. Für die Diskussion, Anregung und nicht zuletzt Kontrolle dieses mathematisch/statistischen „Instrumentenkastens“ konnte ich Herrn Dr. Kirchheim von der Bauhaus-Universität Weimar gewinnen. Ich danke ihm sehr für die zeitintensiven aber sehr fruchtbaren Diskussionen und Prüfungen meiner Rechenwege und Ergebnisse.

Herrn Dr. Beyer und Herrn Dr. Heidenreich möchte ich in diesem Zusammenhang für die gründlichen und sehr hilfreichen Diskussionen u.a. im Rahmen unserer wissenschaftlichen Kolloquien danken.

Neben diesen wissenschaftlichen Diskussionen war meine praktische Arbeit für die Landesregierung und die Implementierung meiner laufenden Forschungsergebnisse in die angewandte Landespflegeplanung gleichermaßen bedeutend. Vor allem hat die Leiterin des Referats Pflegeversicherung im TMSFG, Frau Simanski-Fuchs, zur Entstehung der Arbeit mit zahlreichen Hinweisen und hilfreichen Fragestellungen beigetragen. Ihr gilt mein besonderer Dank. Ferner gilt mein Dank Herrn Schnellbach, Herrn Brandt und Frau Schmidt aus dem gleichen Referat.

Den Akteuren und Beteiligten der Thüringer Pflegeplanung danke ich für viele Hinweise und Ratschläge. Der Abschnitt Pflegelandschaft sowie die weitergehenden Darstellungen in den Anlagen kommen ihren Wünschen aus dem Landespflegeausschuss nach und eröffnen den Akteuren der Pflege in Thüringen eine umfangreiche und detailliertere Informations- und Datensammlung. Aber auch allen Heimleitungen und Trägern der Thüringer Pflegeeinrichtungen gilt mein Dank. Nicht nur für die ausgesprochen zeitaufwendige Teilnahme an den Umfragen, sondern auch für den mir in unzähligen Telefonaten und Besuchen gewährten, oft sehr einfühlsamen Einblick in ihre Problemlagen und Unsicherheiten des professionellen Pflegealltags.

Während der langen und stillen Tage der Abschlusszeit meiner Dissertationsschrift habe ich oft die hektischen und kontaktintensiven Projektstage, z.B. bei der Erstellung von Umfragen und der Landespflegeplanung, zurückgewünscht. Die Umstellung auf ein längerfristiges rein theoretisches Arbeiten am Computer war nach über vier Jahren Berateralltag sichtlich umständlicher als erwartet, obwohl mein Forschungs- und Dissertationsvorhaben zeitweise parallel zum laufenden Projektalltag vorankommen musste.

Daher möchte ich mich abschließend ganz besonders bei meinen Eltern, meiner Freundin Constanze und ihrer Familie bedanken, deren kontinuierliche Unterstützung und Zuspruch mich in den Tiefen, die wohl jede Dissertation mit sich bringt, immer wieder aufgemuntert und motiviert haben.

Oliver Zobel

Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Danksagung	III
Inhaltsverzeichnis	V
Abkürzungen und verwendete Begriffe	VII
1 Einleitung	1
1.1 Problem- und Zielstellung.....	1
1.2 Methodische Vorgehensweise	4
2 Rahmenbedingungen und Grundlagen	5
2.1 Lebenserwartung, Alter und demographische Situation	5
2.1.1 Lebensphasen im höheren Lebensalter, Aphorismen zum Thema	5
2.1.2 Hochaltrigkeit und Lebensspanne	7
2.1.3 Demographische Situation in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts	8
2.1.4 Zukünftige Bevölkerungsentwicklung	11
2.2 Soziales Sicherungssystem	15
2.2.1 Sozialstaatsprinzip und Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland	16
2.2.2 Exkurs: Betreuung und Pflege in der DDR – Versuch einer kritischen Würdigung	18
2.2.3 Soziale Pflegeversicherung – Überblick	23
2.2.4 Rahmendaten und Eckpunkte der Pflegeversicherung	29
2.2.5 Bisherige Wertung	31
2.3 Raumplanung und Fachplanung – soziale Infrastrukturen.....	33
2.3.1 Raumplanung und räumlicher Bezug der Sozialplanung	33
2.3.2 Altenhilfe- und Pflegeplanung	34
2.3.3 Soziale Infrastruktur und (Infrastruktur-)Bedarfsplanung	35
2.3.4 Soziale Infrastruktureinrichtungen der Pflege und Altenhilfe	36
2.3.5 Landespflegeplanung im Freistaat Thüringen	40
2.3.6 Entwicklung in Thüringen: Territorialplanung und Raumplanung	45
2.4 Demographischer Wandel und Schrumpfungsprozesse – Konsequenzen und Ableitungen.....	48
2.4.1 Demographischer Wandel – Positionierung und Konkretisierung	48
2.4.2 Schrumpfungsprozesse – die räumliche Dimension des demographischen Wandels	52
2.4.3 Pflegespezifische Ableitungen und Annäherungen an eine soziale Nachhaltigkeit	56
3 Konzeption, Methodik, Modellbildung und Datenerhebung	61
3.1 Empirische Regionalforschung - Landeskunde	62
3.2 Explorativer Ansatz zur empirischen Regionalforschung	63
3.3 Sozialindikatoren: Problematik der Infrastrukturplanung.....	65
3.4 Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf (theoretischer Ansatz).....	67
3.4.1 Konzeptspezifikation	67
3.4.2 Modellspezifikation	68
3.4.3 Modellkonstruktion (Quantifizierung Einfluss/Bedarf/Angebot)	69
3.5 Forschungskonzept Typologie und Topologie.....	72
3.5.1 Untersuchungsmethodik und Datengrundlagen (Fragebogen)	72
3.5.2 Thematische Kartographie und Gebietsstand	74
3.6 Ablaufschema „exploratives empirisches Methodenmodell“	76
4 Raumstrukturelle und soziodemographische Einflussindikatoren in Thüringen [EI]	83
4.1 Raum- und Siedlungsstruktur	83
4.1.1 Bevölkerungsdichte und siedlungsstrukturelle Verdichtung	83
4.1.2 Gebietskategorien und Raumtypen	86
4.1.3 Gemeindegrößen und Verstädterungsgrad	89
4.1.4 Ausprägungen zentralörtlicher Funktionen und komplementäre Infrastrukturen	90
4.2 Demographische Strukturindikatoren.....	92
4.2.1 Demographische Situation	93
4.2.2 Altersstruktur und Seniorenanteil	94
4.2.3 Pflegepotential	100
4.3 Soziodemographische Indikatoren	102
4.3.1 Haushaltsgröße und Familienstand	102
4.3.2 Gebäudestruktur bzw. Wohneigentum	104
4.3.3 Arbeitslosigkeit, Frauenerwerbstätigkeit und Sozialhilfestruktur	104

4.4	Bevölkerungsentwicklung	105
4.4.1	Bisherige Bevölkerungsentwicklung bis 2000	106
4.4.2	Regionale Bevölkerungsbewegung und altersspezifische Migrationsanalyse	107
4.4.3	Zukünftige Bevölkerungsentwicklung in Thüringen	109
4.4.4	Anmerkungen zur Bevölkerungsentwicklung in Thüringen	112
4.5	Teilergebnis I: Einflussindikatoren.....	114
4.5.1	Exploration und Deskription der Einflussindikatorenbasis [EI-Basis]	114
4.5.2	Faktoranalytische Indikatorenreduktion der 86 Basisindikatoren [EI-Auswahl]	116
4.5.3	Auswahlindikatoren und Güte der Dimensionsreduktion	117
4.5.4	Korrelationsanalyse der Indikatorenauswahl [EI-Auswahl]	118
4.5.5	Faktorenanalyse der Indikatorenauswahl [EI-Auswahl] (Typologie)	119
4.5.6	Clusteranalyse der Einflussindikatoren [EI-Auswahl und EI-Faktoren] (Topologie)	121
4.6	Einflusssituation / Einflussindikatoren	124
5	Pflegelandschaft Thüringen [PLI]	125
5.1	Vorbemerkung und Überblick	125
5.2	Vollstationäre und teilstationäre Pflege.....	126
5.2.1	Pflegeinfrastruktur: stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen	128
5.2.2	Wartelisten und verbindliche Anmeldungen	139
5.2.3	Strukturdaten der stationären und teilstationären Pflegebedürftigen	140
5.2.4	Versorgungsgrade und Inanspruchnahme der teil-/stationären Pflege	163
5.3	Ambulante und häusliche Pflege	166
5.3.1	Infrastruktur: Ambulante Pflegedienste	167
5.3.2	Struktur der ambulanten Pflegeleistungen	170
5.3.3	Regionale Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen	172
5.4	Pflegelandschaft Thüringen insgesamt	173
5.5	Teilergebnis II: Pflegelandschaft.....	175
5.5.1	Exploration und Deskription der Pflegelandschaftsindikatoren [PLI-Basis]	175
5.5.2	Faktoranalytische Indikatorenreduktion der 166 Basisindikatoren [PLI-Auswahl]	177
5.5.3	Auswahlindikatoren und Güte der Dimensionsreduktion	178
5.5.4	Korrelationsanalyse der Indikatorenauswahl [PLI-Auswahl]	183
5.5.5	Faktorenanalyse der Indikatorenauswahl [PLI-Auswahl] (Typologie)	184
5.5.6	Clusteranalyse der Pflegeindikatoren [PLI-Auswahl und PLI-Faktoren] (Topologie)	186
5.6	Pflegesituation / Pflegeindikatoren.....	190
6	Pflegeinterdependenzmodell – Gesamtergebnis	191
6.1	Typologie und Interdependenzen [IMP].....	191
6.1.1	Korrelations- und Regressionsanalysen des Pflegemodells [IMP]	191
6.1.2	Faktorenanalyse des Indikatorenmodells Pflege [IMP-Faktor]	199
6.2	Topologie des Indikatorenmodells Pflege [IMP].....	202
6.2.1	Bivariate Relationen des Indikatorenmodells Pflege [IMP]	202
6.2.2	Clusteranalyse des Indikatorenmodells Pflege [IMP]	203
6.2.3	Vergleich alternativer Clustermethoden	205
6.2.4	Clusteranalyse der Faktoren des Indikatorenmodells [IMP-Faktor]	207
6.3	Entwicklungstendenzen und zukünftige Disparitäten	209
6.3.1	Entwicklungsprognose der Pflegebedürftigkeit und Pflegeinfrastruktur in Thüringen	209
6.3.2	Gesamttopologie – zukünftige Disparitäten	212
7	Zusammenfassung, Schlussfolgerung und Ausblick	215
7.1	Zusammenfassung – Konstellation und Charakteristik der Pflegelandschaft Thüringens	216
7.1.1	Stationäre und ambulante Pflegeinfrastruktur	216
7.1.2	Pflegebedürftigkeit und Pflegebedürftige	218
7.1.3	Einflussstrukturen und Einflusssituation	224
7.1.4	Gesamtsicht, Einordnung und Bewertung	229
7.2	Synthesen und Schlussfolgerungen	232
7.3	Fazit und Ausblick für die Fach- und Raumplanung	236

Anhang

Generelle Definition der Datengrundlagen und Quellen	243
Forschungsdesign: Umfragemethodik und Fragebogen zur Totalerhebung	243
Literatur- und Quellenverzeichnis	248
Ausgewählte Internetquellen	257
Verzeichnis der Abbildungen	257
Verzeichnis der Karten	259
Verzeichnis der Tabellen	261
Erklärung	262

Anlagenband / Supplement

A-

Der Anlagenband ist in seinem Inhalt auch ein oft gewünschtes Informations- und Datenhandbuch zur Pflegelandschaft Thüringens. Die unvermeidbar hohe Informationsdichte und die beabsichtigte Offenlegung der umfangreichen Analyseschritte sind zum Teil drucktechnisch nicht reproduzierbar. Auf der beiliegenden CD-Rom sind daher alle Tabellen, Karten und Grafiken als „pdf-Dokumente“ in Originalgröße und vollständiger Detailgenauigkeit enthalten. Für diese Detailinformationen und eine verbesserte Lesbarkeit möge der interessierte Leser den Adobe® Acrobat® Reader 4.0 oder höher nutzen.

Anlage I Allgemeines	1
I - 1 Die soziale Pflegeversicherung	1
I - 2 Datenanalyse und Statistik	9
Anlage II Demographie und Raumstruktur	17
II - 1 Siedlungs- und Raumstruktur	17
II - 2 Demographie und Soziodemographie	23
II - 3 Bevölkerungsentwicklung und -prognose	34
II - 4 Multiregionales Bevölkerungsmodell mit endogenen Wanderungen nach Birg 1997	40
II - 5 Exploration der Einflussindikatoren	45
Anlage III Pflegelandschaft Thüringen	53
III - 1 Art, Angebot und Standort der Pflegeinfrastruktur	53
III - 2 Vollstationäre und teilstationäre Pflege	56
III - 3 Ambulante Pflegedienste und Pflegebedürftigkeit	69
III - 4 Pflegelandschaft Thüringen insgesamt	75
III - 5 Thüringen im Vergleich der Bundesländer	76
III - 6 Pflegebedarfsprognosen	79
III - 7 Exploration der Pflegeindikatoren	80
III - 8 Tabellenanlagen zum Pflegeindikatorenmodell [IMP]	91

Abkürzungen und verwendete Begriffe

Allgemein

BBR	Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMVWB	Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
HeimG	Heimgesetz
HeimMinBauVO	Heimmindestbauverordnung
Hrsg.	Herausgeber

Landespflegeausschuss	Gremium der Landespflegeplanung
PflegeStat	Amtliche Pflegestatistik
PflegeVG	Pflegeversicherungsgesetz
ROG	Raumordnungsgesetz
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch: Soziale Pflegeversicherung
ThürAGPflegeVG-DVO	Thüringer Gesetz zur Ausführung des Pflege-Versicherungsgesetzes vom 20. Juni 1996 ThürGVBl. 10 1996 S. 97
TMSFG	Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit

Abkürzungen in den Indikatorbeschreibungen

(g); (w); (m)	gesamt; weiblich; männlich
AD	Leistungsempfänger in der ambulanten Pflege; ambulante Pflegedienste
AG	Altersgruppe (mit Angabe der Altersgruppe z.B. AG über 85)
AHD	Aufenthaltsdauer der Personen bis Vertragsende (Wohndauer)
AS	Auszugsstruktur
BevBew	Bevölkerungsbewegung (natürlich oder räumliche)
BIA	Bewohnerinanspruchnahme (meint bei der Tagespflege auch Nutzerinanspruchnahme)
BS	Bewohnerstruktur
EFHäuser	Einfamilienhäuser
EIA	Einzugsinanspruchnahme
ES	Einzugsstruktur
EW	Einwohner
PP / FPP	Pflegepotential / Frauenpflegepotential
Gem	Gemeinde(n)
genehmigt lt. HeimG	Plätze/Kapazität, die laut Heimgesetz durch die Heimaufsicht des Landes genehmigt sind
ha	Hektar
IA	allgemeine Inanspruchnahme
I-Prog	Einrichtungen des Sonderinvestitionsprogramms nach Artikel 52 PflegeVG
KZP	Kurzzeitpflege
LPP	Landespflegeplan
LR	Ländliche Räume (IFR-Raumkategorie)
MW	Mittelwert (z.B. des Seniorenanteils der Gemeinden eines Kreises)
MZ	Mikrozensus (Werte stammen aus dem Mikrozensus)
N	Neubauten (von Pflegeeinrichtungen)
P	Pflegeeinrichtungen in Plattenbauweise
PE	Pflegeeinrichtung
PflegeStat	amtliche Pflegestatistik
Pflegestufe 3 (+HF)	Pflegebedürftige mit dem Pflegegrad Stufe 3 (inkl. der Härtefälle)
PStat99	Angabe der amtlichen Pflegestatistik 1999
RHB	Regionale Herkunft (der Bewohner bzw. der neu eingezogenen Bewohner)
SenAnteil	Seniorenanteil
SGBXI	pflegebedürftige Personengruppe bzw. deren Anteil
ST	Leistungsempfänger in der stationären Pflege
svp-Beschäftigte	Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte
TP	Tagespflege
V-Beziehung	Beziehung von ____ zu ____ als Veränderung in Prozent definiert
VG	Versorgungsgrad
VG+LGeZ	Verdichtete Gebiete und ländliche Gebiete im Einzugsbereich der Zentren zusammen (IFR-Raumkategorie)
VP	vollstationäre Dauerpflege (Pflegeheim)
V-Rate	Veränderungsrate (in Bezug zum Basisjahr = 100%)
WG	Wohngebäude
ZO	Zentraler Ort

1 Einleitung

Problem- und Zielstellung
Methodische Vorgehensweise



Alter ist keine Frage des Körpers
sondern des Kopfes.

(Peter Schumacher)

1 EINLEITUNG

Raum- und Fachplanungen werden von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen bestimmt, unter denen sie durchgeführt werden. Für die Rahmenbedingungen zeichnen sich seit einigen Jahren mit zunehmender Dynamik tiefgreifende Veränderungen ab. Zu den einschneidendsten Veränderungen wird der demographische Wandel führen.

1.1 Problem- und Zielstellung

Die demographische Entwicklung des vergangenen Jahrhunderts war von einem geschichtlich bislang einmaligen Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung aller Altersgruppen gekennzeichnet. So profitierten nicht nur die jüngeren Altersgruppen, sondern in den letzten 30 Jahren insbesondere die älteren von einer Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung. Diese für das Individuum „gewonnenen Jahre“ führten gleichzeitig zu enormen neuen gesellschaftlichen Herausforderungen und Problemen. Neben grundsätzlich affirmativen/positiven Diskussionen zur Lebensqualität und den Möglichkeiten des neuen Lebensabschnittes im „neuen Alter“ nimmt der steigende Hilfe- und Pflegebedarf meist eine gesellschaftspolitisch brisante/negative Stellung ein.¹

Die gesellschaftliche Positionierung gegenüber den Konsequenzen der demographischen Entwicklung ist langwierig und komplex. Dem Gesetz zur sozialen Absicherung bei Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz) ging eine mehr als zwanzigjährige Diskussion voraus (seit 1974). Es wurde am 24. April 1994 im Bundestag verabschiedet und trat für den ambulanten Bereich am 1. Januar 1995 in Kraft. Für stationäre Pflege werden Leistungen seit dem 1. Juli 1996 gewährt. Diese Zeitspanne beschreibt den gesellschaftspolitischen Diskurs zu den Herausforderungen der Pflege aber auch des bevorstehenden demographischen Wandels. Nach der Verabschiedung des Pflege-Versicherungsgesetzes ist die Kritik zur Pflegeversicherung nicht verstummt. So wurde das Gesetz als „Erbsicherungsgesetz“ kritisiert, welches lediglich den wohlhabenden Pflegebedürftigen und deren Erben nützt, oder als bloßes „Sozialhilfe-Entlastungs-Gesetz“ bezeichnet, das nur den Sozialhilfeträgern und weniger den Pflegebedürftigen Vorteile bringt. Ungeachtet der Kritik erweitert die Pflegeversicherung als neue „fünfte Säule“ erstmals seit 1927 die Sozialversicherung als zentrales System der sozialen Sicherung in Deutschland. Mit dieser fünften Säule der Sozialversicherung verfolgt der Gesetzgeber zwei grundlegende Ziele: Eine bessere Absicherung und Versorgung der wachsenden Zahl an Pflegebedürftigen und zugleich eine Entlastung der Sozialhilfeträger von den damit verbundenen steigenden Ausgaben für die „Hilfe zur Pflege“.²

Wichtige Diskussionen und wissenschaftliche Auseinandersetzungen zum Thema Hilfe und Pflege erfolgten nicht nur bei den Experten der Altenhilfe sondern auch bei der Behindertenhilfe. So sind viele aktuelle Missstände der Pflegebedürftigkeit schon in der Behindertenhilfe angeprangert und Verbesserungsvorschläge gemacht worden. Die Problematik des „selbstbestimmten / selbständigen Lebens“ ob mit Behinderung oder mit Pflegebedürftigkeit ist für den Betroffenen ähnlich. Dennoch muss festgehalten werden, dass erst im Zuge der Pflegeversicherung sowohl ein breites öffentliches wie auch wissenschaftlich interdisziplinäres Interesse am Thema Pflege entstanden ist. Erst mit diesem geweckten öffentlichen Interesse erfuhr die Gerontologie den breiten Bedeutungszuwachs.

Sowohl vor als auch nach Einführung der Pflegeversicherung hatte die Altenhilfe und Pflege in der räumlichen Planung und Konkretisierung einen relativ geringen Stellenwert. Über Ausstattungsmerkmale zentraler Orte und eine breite Infrastrukturdiskussion der 80er Jahre (vgl. BURBERG/WIENEKE 1989)³ ging die Thematisierung kaum hinaus. Damit besteht zwar ein umfangreicher und theoretisch abgesicherter Kenntnisstand zur Infrastruktur und Infrastrukturplanung (vgl. BFLR 1989 oder WINKEL 1989), der sich jedoch nur mit Einschränkungen auf die aktuelle Situation und die Pflegeproblematik übertragen lässt. Die Auswirkungen der demographischen Schrumpfung oder die konkreten Problemlagen der Hilfe- und Pflegebedürftigen betreffen längst nicht mehr „nur“ den ländlichen Raum. Aber auch die Pflegeforschung kennt nur wenig räumliche Bezugs-

¹ Vgl. Abschnitt 2.1 „Lebenserwartung, Alter und demographische Situation“.

² Vgl. Abschnitt 2.2 „Soziales Sicherungssystem“.

³ Die Arbeit gibt einen Überblick über die breite Infrastrukturdiskussion der 80er Jahre mit einem Schwerpunkt ländlicher/ dünnbesiedelter Räume in den alten Bundesländern. Die Arbeit kennzeichnet gleichermaßen Höhe- und Schlusspunkt dieser Infrastrukturdiskussion. In Folge der Wiedervereinigung standen andere Themen im Vordergrund, bei denen Infrastruktur als Aufbauleistung gewissermaßen selbstverständlich waren. Charakteristisch waren Schlagworte wie Wachstum, Aufbau oder Angleichungsprozess, die unter dem Eindruck stetigen Gesamtwachstums in der Realität oft bestätigt wurden.

punkte, die sich überwiegend aus Annahmen zu unterschiedlichen soziologischen Strukturen in „Stadt und Land“ ableiten (mit wenig gesicherter empirischer Basis). Einen großen interdisziplinären Beitrag hat die Architektur und der Städtebau unter der Überschrift „Barrierefreiheit“ mit dem Motto „Bauen für alle Menschen“ – unabhängig von Behinderung oder Alter – geleistet.⁴

So wird aus der Literatursicht zur Planung und Regionalforschung eine wesentliche Kenntnislücke im Bereich Senioren und Pflege deutlich, die weniger mit einem generellen Fehlen dieses Aspektes zu beschreiben ist (vgl. BFLR Informationen zur Raumentwicklung „Ältere Menschen und räumliche Forschung“ (BFLR 1991), sondern eher Defizite bei den flächendeckenden und regionalisierten Informationen und Analysen zum Umfang und zur Struktur altersspezifischer Anforderungen z.B. bei Pflegebedürftigkeit hat. Diese Situation resultierte auch aus dem Mangel an einheitlichen Definitionen (Pflegebedürftigkeit) und dem Fehlen einer überregionalen Planungs- bzw. Handlungsaufgabe in der Zeit vor dem PflegeVG. Die traditionelle Altenhilfe ist eine lokale Aufgabe und damit ein kommunaler (Planungs-)Auftrag. Arbeiten zur Bedarfsplanung liegen daher überwiegend für Städte und Gemeinden vor. Ausnahmen sind Arbeiten, die im Vorfeld der Pflegeversicherung entstanden, bei denen die räumliche Dimension aber nur untergeordneten Stellenwert hat.⁵

Mit Einführung der Pflegeversicherung kam es zu einer umfassenden Umstrukturierung der bisherigen Altenhilfe. Die finanziellen Möglichkeiten der Pflegeversicherung (Sonderinvestitionsprogramm nach Artikel 52 PflegeVG in den neuen Bundesländern) und der gesetzliche Anspruch der Pflegebedürftigen auf Versorgung (Sicherstellungsauftrag nach §69 PflegeVG) haben konkrete räumliche Bezüge. Zum Teil wurde durch die Pflegeversicherung sogar erst die Notwendigkeit einer räumlichen Planung initiiert (z.B. die Landespflegeplanung). Aus dem Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen leitet sich ein Anspruch der Pflegeversicherten auf „wohnnah“ Pflegeversorgung und Angebotssicherung ab. Im Sinne des Gleichwertigkeitsprinzips der Raumordnung und -planung besteht damit ein formaler Rahmen, der nicht mehr nur finanzielle und rechtliche Regelungen enthält, sondern erstmals auch räumliche Bestimmungen und Vorgaben formulieren muss (bereits für die Bedarfsanalyse ist ein hoher regionaler Kenntnisstand zur soziodemographischen Situation notwendig). Das zentrale Element der Pflegeversicherung war aber die neue Schnittstelle von Planung und Förderung, die es in der Altenhilfe zuvor nicht gab (s. Abschnitt 2.3).

Der Autor war in Thüringen als Berater und Gutachter für die Landesregierung aktiv an diesem Umstrukturierungs- und Planungsprozess beteiligt. Erkenntnisreich war zunächst, dass insbesondere die Aussagekraft des allgemein üblichen Versorgungsgrades oder die Einschätzung zukünftiger Versorgungsdisparitäten rasch zu kontroversen Grundsatzdiskussionen führten. Die Einschätzung der Bedarfssituation, die Identifizierung aktueller Versorgungsdisparitäten, Aussagen zur pflegerischen Regionalstruktur oder die Standortplanung der Pflegeinfrastruktur hatten kaum empirische und theoretische Grundlagen und konnten daher in der Landespflegeplanung kaum verbalisiert werden. Festzustellen war auch, dass eine intuitive Verzahnung fachplanerischer Probleme mit Positionen der Raumplanung vollzogen wurde (so z.B. bei der Standortwahl der Pflegeinfrastruktur). Die Pflegeplanung handelt oft im Detail nach Grundsätzen und Zielen der Raumplanung (bzw. muss danach handeln). Bereits kleinste Störungen – wie eine regionale Unterversorgung – führen nicht nur zu unmittelbarem öffentlichen Druck (Medien) sondern gefährden das Gesamtsystem durch individuelle Kompensationsversuche, die zu Defiziten an anderer Stelle/anderen Standorten der Pflegeinfrastruktur führen (eindrucksvoll bei Pflegeheimschließungen aus z.B. baulichen Qualitätsgründen). In der Raumplanung ist dieser Zeitraum vom Problemerkennen über Problemdruck zum wirklichen Problem mit negativer Auswirkung aufgrund der notwendigen fachübergreifenden Sichtweise und Abwägungsprozesse ungleich länger. Bei der Pflege gibt es nach dem Problemdruck nur ein „es geht“ oder „es geht nicht“, wobei das Nichtgehen unmittelbare Folgen für die betroffenen Menschen an einem konkreten Ort hat. Der Autor hat in seiner Diplomarbeit (ZOBEL 1996) diesen grundsätzlichen Bedarf an raumwissenschaftlichen (Meß-)Methoden und Instrumenten in der Pflegeplanung deutlich gemacht und in die Landespflegeplanung Thüringens einbringen können. Der intuitive Kenntnisstand zur räumlichen Situation wurde objektiviert und damit ein fester Bestandteil in den Diskussionen und Planungen.⁶ In diesem Sinne versteht sich die vorlie-

⁴ Vgl. Abschnitt 2.3 „Raumplanung und Fachplanung“.

⁵ z.B. Forschungsgesellschaft für Gerontologie (vgl. NAEGELE 1995), Infratest Sozialforschung, Infratest Epidemiologie / Gesundheitsforschung im Auftrag verschiedener Bundesministerien (u.a. INFRATEST 1992)

⁶ Beide Aspekte (unzureichendes Methodenspektrum und Integration übergeordneter Planungsarbeiten) sind nur beispielhaft für eine notwendige Intensivierung fachplanerischer Raumkenntnisse und Auseinandersetzung mit räumlichen Theorien und Methoden.

gende Arbeit auch als eine interdisziplinäre Erweiterung der Fachplanung Pflege und Ergänzung der Raumwissenschaft und Raumplanung.

Aus diesen praktischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen und Anforderungen der Landespflegeplanung verdichtete sich das Forschungsthema über (regional typologische) Zusammenhänge und räumliche (topologische) Beschreibungen und Bewertungen der Pflegebedürftigkeit und Pflegeinfrastruktur. Im Unterschied zur oft üblichen abstrakten, auf Stichprobenerhebungen und Sekundärdaten basierenden allgemeinen Sichtweise sollte der konkrete Raumbezug auf der Grundlage empirischer und georeferenzierter Datenerhebungen erfolgen. Nur so kann der Kenntnisstand zur Hilfe- und Pflegebedürftigkeit mit einer umfassenden räumlichen und landeskundlichen Sichtweise erweitert werden. Zusammenfassend ist die Intention der Arbeit daher, die räumliche Komponente in die Diskussionen zur Pflegebedürftigkeit und Pflegeversicherung zu integrieren und damit einen Beitrag zu den Herausforderungen des soziodemographischen Wandels zu leisten.

Diese Herausforderungen betreffen nicht nur die Fachplanung Pflege sondern auch die Raumplanung. Der neue und wachsende Bedarf an sozialen Infrastrukturen kann zu einer Neubewertung und Aufwertung der Raumplanung und Raumordnung beitragen. Die Wechselwirkungen der Pflegeplanung mit der Landesplanung sind dann unverkennbar, wenn es darum geht, eine nachhaltige (Versorgungs-)Grundstruktur oder Übergangslösungen während des demographischen Schrumpfungsprozesses aufzubauen. Das Investitionsprogramm des Bundes nach Artikel 52 PflegeVG lieferte hierzu bereits einen gewaltigen finanziellen Rahmen. Die Bedeutung räumlicher Modelle und Instrumente hat daher zunächst theoretisch mit Einführung der Pflegeversicherung zugenommen: Die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse herzustellen bzw. zu sichern ist nach Meinung des Autors in der Pflegeversicherung ein gesetzlicher Auftrag, der u.a. mit der Formulierung „wohnortnah“ über die eigentliche raumplanerische Bezugsebene sogar hinausgeht. Die tatsächliche Aufwertung hängt entschieden von der Fähigkeit ab, die raumplanerischen Erkenntnisse und Schlussfolgerungen öffentlich und fachplanerisch kommunizieren zu können.

Mit diesen Gesichtspunkten ist das zentrale Ziel der Arbeit, einen landeskundlichen Beitrag zur Typologie (Art und Struktur) und Topologie (Lage im Raum) von Pflegebedürftigkeit sowohl für die Raumforschung als auch für die Fachplanung Pflege zu liefern, um frühzeitig die konzeptionellen Möglichkeiten und Maßnahmen für den zukünftigen demographischen Wandel vorzubereiten und einzugrenzen. Das explorative Forschungskonzept der vorliegenden Arbeit leistet zudem einen pflegespezifischen Beitrag zur Quantifizierung der regionalen Konsequenzen der demographischen Schrumpfung und den räumlich/strukturellen Anforderungen Pflegebedürftiger.

Die Querschnittsbetrachtung der weitgespannten Frage- und Zielstellung sowie der behandelten Themenfelder, die in einigen Bereichen interdisziplinäres Neuland der theoretischen und empirischen Auseinandersetzung darstellen, muss notgedrungen Fragen offen lassen oder nur unbefriedigend behandeln. Eine gründliche Auseinandersetzung mit einigen angeschnittenen Fragestellungen, insbesondere der Bevölkerungsentwicklung, deren Rückwirkungen auf die Raumordnung und Regionalplanung sowie die Theorie der Infrastrukturversorgung, hätten den Arbeits- aber auch Zeitrahmen beachtlich überspannt. Aber auch die hier implementierte explorative Methodendiskussion wird auf die für die Regionalforschung und -analyse notwendigen Bereiche eingegrenzt, da das umfangreiche mathematisch/statistische Instrumentarium und Methodenspektrum nicht Gegenstand der Arbeit sein sollen. Der eigentliche Beitrag der Arbeit zur Aktualität der Problemlage würde verloren gehen. Zudem ist für die angesprochenen Defizite z.T. aus anderen Veröffentlichungen und laufenden Forschungen Klärung zu erwarten. Eine Erweiterung würde daher kaum den wissenschaftlichen Stellenwert der Aussagen erhöhen. So wäre auch eine erneute Grundsatzkritik an Raum- oder Fachplanung wenig zielführend. Zu Beginn des neuen Jahrhunderts erscheint dem Autor eine neue Problemfokussierung auf veränderte Prämissen des demographischen Wandels und die Sensibilisierung für die Belange einer alternden Bevölkerung zunächst maßgeblicher.⁷

Im Auftrag der Landesregierung Thüringen konnte der Autor bereits zentrale Forschungsergebnisse der vorliegenden Arbeit bei der Erstellung der Thüringer Landespflegepläne umsetzen und im Landespflegeausschuss vorstellen (s. hierzu u.a. Abschnitt 5.1). Daher ist ein konkreter Handlungs- und Planungsrahmen nicht erklärtes Ziel der Arbeit, obwohl der Detaillierungsgrad der Ergebnisse und der umfangreiche Indikatorenkatalog hierzu eine geeignete Grundlage bilden. Der Arbeits-

⁷ Für die Perspektiven ist z.B. darzulegen, inwieweit die Regionen Thüringens mit Abweichungen bzw. Disparitäten zu rechnen haben.

schwerpunkt zu räumlichen Analysen, Visualisierungen und Bewertungen aus der viel diskutierten Perspektive pflegebedürftiger Menschen ist nach Abschluss des Sonderinvestitionsprogramms in Thüringen zunächst dringender, da diese die unverzichtbare Grundlage für eine Neujustierung und Kalibrierung der raum- und fachplanerischen Methoden und Instrumente sind.

1.2 Methodische Vorgehensweise

Das methodische Vorgehen der Arbeit orientiert sich an den Erkenntnissen der explorativen Methodenforschung, die das „Entdecken“ statistischer Regelmäßigkeiten, Muster und Zusammenhänge in den Vordergrund stellt (das Studium der Daten). Dieses unvoreingenommene Analysekonzept ist notwendig, um die Kenntnis- und Informationslücken zur regionalen Ausprägung von Pflegebedürftigkeit zu schließen und Wechselwirkungen mit soziodemographischen und raumstrukturellen Einflussfaktoren zu identifizieren. Insofern stellt die Arbeit keine These in den Vordergrund (vgl. Abschnitt 3.2 „Explorativer Ansatz zur empirischen Regionalforschung“).

Dieser Zugang muss methodisch von empirischen Grundlagen ausgehen, die ausnahmslos einen Raumbezug sicherstellen (georeferenziert sind). Ein solcher Zugang ist nicht unproblematisch, da signifikante regionale Zusammenhänge oft wenig transparent und oft kaum interpretierbar sind. Ebenfalls muss grundsätzlich von multiplen Zusammenhängen ausgegangen werden. Diesen Anforderungen wird das entwickelte explorative Pflegemodell durch eine breite Basis von rd. 300 Einzelindikatoren mit konsequenten Querbezügen gerecht (s. hierzu Abschnitt 3 zur Konzeption, Methodik, Modellbildung und Datenerhebung). Kennzeichnend für diese Arbeitsmethodik sind:

1. Die Arbeit basiert auf gesicherten und mehrfach verifizierten Totalerhebungen der Grundgesamtheit (stationäre und teilstationäre Pflege).
2. Das Thema Pflegebedürftigkeit wurde in der gesamten Breite mit räumlichen Bezügen georeferenziert. Die Analyse fokussiert nicht nur auf den Standort der Pflegeinfrastruktur, sondern eröffnet durch die regionale Herkunft pflegebedürftiger Menschen ganz neue Sichtweisen.

Der empirische Teil der Arbeit basiert auf drei Säulen (Einfluss, Pflege und Interdependenzen), die auf einem methodisch/konzeptionellen Fundament (explorative Regionalforschung) stehen, von gesellschaftspolitischen/soziodemographischen Rahmenbedingungen (Pflegeversicherung, Raum- und Fachplanung) eingefasst werden und vereint das Dach einer integrativen Gesamtsicht und Synopse ermöglichen und stützen (s. Abb. 1-1 und ausführlicher in Abschnitt 3.5 und 3.6).

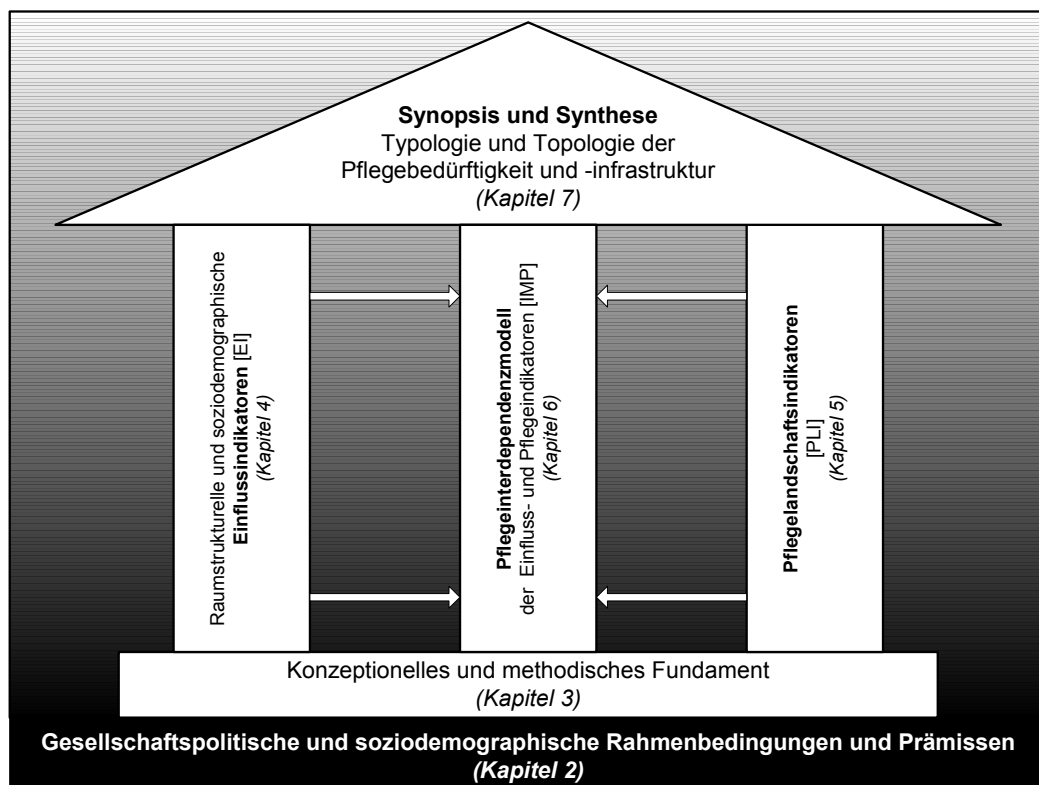


Abb. 1-1: Forschungsbausteine: Aufbau und Struktur der vorliegenden Arbeit

2 Rahmenbedingungen / Grundlagen

Lebenserwartung, Alter und demographische Situation
Soziales Sicherungssystem / soziale Pflegeversicherung
Raumplanung und Fachplanung – soziale Infrastrukturen
Demographischer Wandel und Schrumpfungsprozesse



Traditionelle Ansicht des menschlichen Lebenszyklus „Des Menschen Auf- und Niedergang“ (Kupferstich von Nicolas Vischer d.J. 1618-1709)

Langlebigkeit ist nur dann wünschenswert,
wenn sie die Dauer der Jugend, nicht,
wenn sie die des Alters vergrößert.

(Alexis Carrel, Nobelpreis für Medizin/Physiologie 1912)

2 RAHMENBEDINGUNGEN UND GRUNDLAGEN

In der Bundesrepublik sind zur Zeit über 2 Millionen Menschen ständig auf Pflege angewiesen (mehr als die Einwohnerzahl Hamburgs), von denen noch nahezu drei Viertel zu Hause versorgt werden. Damit gelten rd. 2,5% der Bevölkerung Deutschlands als pflegebedürftig. Aber der größte Teil der Senioren lebt heute vollkommen unbelastet und ist äußerst aktiv und sportlich. So titelte DER SPIEGEL 38/1999 „Happy mit der Hüfte“.

2.1 Lebenserwartung, Alter und demographische Situation

Das Alter und „alte Menschen“ treten immer stärker in das Bewusstsein der Bevölkerung, Wissenschaft und Politik. So haben auch die Wirtschaft und das Marketing die Senioren unter den Gesichtspunkten hoher Kaufkraft und viel Freizeit als „Silver Market“ oder auch „graues Gold“ entdeckt.⁸ Die Senioren werden auch als „Best Ager“ oder „die Neuen Alten“ bezeichnet. Das negative gesellschaftliche Zerrbild über ältere Menschen von unflexibel, arm, gebrechlich oder auch saturiert des 20. Jahrhunderts wandelt sich aber nur langsam. Das neue Seniorenbild steht dem diametral gegenüber: Vital und wohlhabend wie nie. Dies gilt zumindest heute und in Zukunft für den größten Teil der Senioren.

2.1.1 Lebensphasen im höheren Lebensalter, Aphorismen zum Thema

Die Ausweitung der nachberuflichen Phase durch vorzeitige Pensionierungen und verlängerte Lebenserwartung hat dazu geführt, dass die Einteilung in Erwerbstätige und Rentner zu grob geworden ist (kalendarisches Alter). Neben der Stellung auf dem Arbeitsmarkt wird heute als zweiter wichtiger Aspekt der funktionale Gesundheitsstatus einbezogen. So hat der Genfer Gerontologe CHRISTIAN LALIVE D'EPINAY⁹ vier Phasen im Lebenslauf älterer Menschen klassifiziert:

1. Letzte Berufsphase und nahender Rentenbezug: Die Personen in dieser Lebensphase sind noch erwerbstätig, aber der Übergang in die nachberufliche Phase zeichnet sich ab. Das Alter, in dem die Erwerbstätigkeit endet, kann variieren. (Vorruhestand aber auch längere Erwerbstätigkeit).
2. Autonomes Rentenalter (Phase der späten Freiheit): Diese Lebensphase ist durch eine hohe soziale und persönliche Unabhängigkeit gekennzeichnet. Gesundheitliche Probleme und Einschränkungen sind noch kaum gegeben. Die Dauer des sogenannten dritten Lebensalters ist von vorhandenen finanziellen und psychischen Ressourcen sowie den körperlichen Belastungen in früheren Lebensphasen abhängig.
3. Verstärkte Gebrechlichkeit: Behinderungen und Einschränkungen erschweren ein eigenständiges Leben. Funktionale Einschränkungen – wie Gehschwierigkeiten, Hörprobleme usw. – zwingen zur Anpassung der Aktivitäten (z.B. vermehrte Häuslichkeit, Verzicht auf anstrengende Reisen und Hobbys usw.). Alltagstätigkeiten und -aufgaben erfordern teilweise externe Hilfe (z.B. beim Einkaufen). In dieser Lebensphase müssen – oft bei noch hohen geistigen Fähigkeiten – die Grenzen und Einschränkungen des menschlichen Körpers akzeptiert und bewältigt werden. Das psychische Wohlbefinden wird stark durch die mentale Kraft bestimmt.
4. Abhängiges Rentenalter: Diese Lebensphase ist durch gesundheitlich bedingte Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit charakterisiert. Es treten häufig auch kognitive Einschränkungen oder gar dementielle Erkrankungen auf. Selbständiges Leben ist kaum mehr möglich. Das Schlagwort „Alter“ meint meistens diese Lebensphase.

Aus Sicht der älteren Menschen sind die Übergänge nicht nur fließend, sondern die persönliche Situation wird von ihnen oder ihren Angehörigen eher unterschätzt und eine langsam zunehmende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nicht gesehen oder lange verdrängt.

⁸ z.B. in EISENHUT, LUTZ-P.; RAARAARD, INGRID: Die Wirtschaft entdeckt das „graue Gold“. In: DIE WELT vom 31.08.2001 und Schwelz, Ingomar: Die „Quadratur des Greises“. In: DER TAGESSPIEGEL vom 18.03.2000

⁹ nach HÖPFLINGER/STUCKELBERGER (1999): Lalive d'Epina, Christian; Bickel, Jean-François; Maystre, Carole; Vollenwyder, Nathalie: Vieillesse au fil du temps 1979-1994. Une révolution tranquille, Collection 'Âge et société', Lausanne 2000.

Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, liegt vor dem 60. Lebensjahr bei nur rund 0,5% und nimmt zunächst nur leicht zu (z.B. zwischen dem 70. und dem 75. Lebensjahr bei 5,1%). Zwischen dem 80. und dem 85. Lebensjahr liegt das Risiko bereits bei 21,4% und steigt sprunghaft ab 90 und mehr Lebensjahren auf über 60% an. Dieser Zusammenhang von Pflegebedürftigkeit und Alter ist evident. Aber nicht das Alter führt automatisch zu Pflegebedürftigkeit, sondern die meisten Pflegebedürftigen sind einfach nur sehr alt.

Mit einer unglücklich geführten Rentendiskussion, dem Infragestellen des Generationenvertrags (vgl. TREMMEL 2001)¹⁰ und potentiellen gesellschaftlichen Belastungen entwickelte sich daraus in Deutschland aber auch anderen westlichen Gesellschaften ein negatives Bild des älteren Menschen. In den Medien verkürzt als „Grufties“ oder „Selpies“ (die „Second-Life-People“) oder einfach als „Generation 50 plus“ bezeichnet.

Diese oft gebräuchliche Stigmatisierung macht eine Unterteilung in zwei Alterskulturen der nachberuflichen Lebensphase notwendig. In der größten und zur Zeit wachsenden Alterskultur sind die Menschen unabhängig und weitestgehend unbeeinträchtigt (gesund, aktiv und kompetent). Der andere und noch relativ kleine Anteil ist pflegebedürftig bzw. auf Hilfe und Unterstützung im weitesten Sinne angewiesen. Beide Alterskulturen zeigen ein völlig unterschiedliches Bild der Lebensqualität, Menschenwürde, ihrer Bedürfnisse und Anforderungen, auch an die räumliche Umwelt.

Insgesamt haben definitorische Auseinandersetzungen mit dem Begriff Alter, Alterskultur und Pflegebedürftigkeit daher eher unerschöpflichen als abgrenzenden Charakter. Die nachberufliche Lebensphase ist zu stark von der Einstellung, Zufriedenheit und einem selbstgesetzten Lebensqualitätsanspruch abhängig. Eine Auswahl an Zitaten möge die relative Bewertung und Einstellung zum Alter widerspiegeln.

*Alter ist bei Frauen etwas, wonach man nicht fragt,
bei Männern etwas, das nicht vor Torheit schützt.
(Unbekannt)*

*Bei Frauen zeigt sich das Alter vor dem Frühstück, bei Männern nach dem Abendessen.
(Unbekannt)*

*Du wirst alt, wenn die Kerzen mehr kosten als der Geburtstagskuchen.
(Bob Hope)*

*Ein Mann ist alt, wenn er morgens ohne einen Wunsch aufwacht.
(Enzo Ferrari)*

*Ein Mann ist alt, wenn er seine Komplimente nicht mehr in die Tat umsetzen kann.
(Charles Boyer)*

*Das sicherste Zeichen für beginnendes Alter ist,
daß man schnell noch ein paar Jugendsünden begeht.
(Maurice Chevalier)*

*Bei vierzig beginnt das Altsein der Jungen, bei fünfzig das Jungsein der Alten.
(Zulu-Weisheit)*

*Alt ist man dann, wenn man an der Vergangenheit mehr Freude hat als an der Zukunft.
(John Knittel)*

*Altern ist ein hochinteressanter Vorgang:
Man denkt und denkt und denkt - plötzlich kann man sich an nichts mehr erinnern.
(Ephraim Kishon)*

Die Arbeit folgt daher keiner älteren oder neueren gesellschaftlichen, soziologischen oder medizinischen Abgrenzung. Vielmehr wird die gegenwärtige (teils negative) Diskussion und Problematik

¹⁰ Zum Schlagwort der Generationengerechtigkeit vgl. u.a. TREMMEL, J.: Stiftung für die Rechte zukünftiger Generationen: <http://www.srzg.de>.

sierung als Übergangs- und Anpassungsphase, als gesellschaftliche Veränderung ohne (negative) Bewertung verstanden. Für die Arbeit gilt daher der Leitgedanke:

*Auf keinen Fall entspricht das Alter der Summe der Jahre.
(Hermann Lahm)*

Analytisch wie statistisch notwendige und weitestgehend wertfreie Abgrenzungen erfolgen daher zunächst nach der kalendarischen Definition des Renteneintrittsalters (Senioren). Das 65. Lebensjahr gilt generalisiert als Zäsur im Leben, da hier der allgemeine Sprachgebrauch und die Rentenversicherung ein Ausscheiden aus dem Arbeitsleben erwartet. Ferner ist eine steigende Pflegeprävalenz empirisch messbar. Eine analytische Einteilung in sogenannte Zielgruppenraster ist nicht die Bewertung des Alters, sondern die Bewertung der Risiken, Möglichkeiten und Bedürfnisse im Alter. Gemäß den üblichen Verbalisierungen der amtlichen Statistik werden die Altersgruppen der Senioren dementsprechend unterschieden in die **jungen Alten** zwischen 65 und 75 Jahren, **Betagten** oder **alten Alten** zwischen 75 und 85 Jahren und **Hochbetagten** mit 85 und mehr Jahren.

2.1.2 Hochaltrigkeit und Lebensspanne

Im ersten Buch Moses begrenzte Gott das Lebensalter der Menschen auf 120 Jahre, und die moderne Wissenschaft hat diese Altersgrenze bisher nur bestätigen können. Der Präsident der Gerontologischen Gesellschaft der USA LEONARD HAYFLICK ist davon überzeugt, dass „dem Menschen höchstens 120 Jahre auf diesem Planeten gegeben sind“¹¹. Der älteste Mensch mit verbürgtem Geburtsdatum war die Französin Jeanne Calment. Sie starb im Alter von 122 Jahren.

Zu unterscheiden sind maximale biologische Lebensspanne und durchschnittliche biologische Lebensspanne (üblich auch als durchschnittliche Lebenserwartung bezeichnet). Nach CREWS 1990 ist die maximale biologische Lebensspanne relativ konstant. Die durchschnittliche Lebenserwartung hat hingegen in den letzten tausend Jahren erheblich zugenommen. Insbesondere in den letzten zwei Jahrhunderten ist die steigende Lebenserwartung allein darauf zurückzuführen, dass immer mehr Personen ihre maximale biologische Lebensspanne auch erreichen (aufgrund der enormen Senkung der Säuglingssterblichkeit). Biologische Langlebigkeit und die individuelle Chance überdurchschnittlich lange zu leben (die maximale biologische Lebensspanne auszuschöpfen) haben zwar eine signifikante, aber insgesamt nur anteilige genetische Komponente (vgl. CREWS 1990, BORSCHIED 1992 oder PICKENHAIN/RIES 1988). Entscheidend für Langlebigkeit sind (komplexe) Wechselbeziehungen zwischen Umweltfaktoren und genetischen Dispositionen. Biologisch ist Hochaltrigkeit daher die Chance, länger zu leben als es der durchschnittlichen Lebenserwartung entspricht.

Das biologische Rätsel des Alterns, der programmierte Zelltod und die Ausweitung der durchschnittlichen Lebenserwartung gelten daher als zentrale Forschungsschwerpunkte der Genetik. Mit dem „Unsterblichkeitsenzym“ und den „Methusalem-Genen“ wird versucht, die vorprogrammierte Lebensuhr der Zellen zu verändern oder zu blockieren. Aber jeder Eingriff in das programmierte Selbstmordprogramm der Zellen birgt ganz neue Gefahren. HYFLICK geht daher davon aus, dass die Biomedizin die Lebenserwartung noch nachhaltig in Richtung der Höchstgrenze von 120 Jahren zu verschieben vermag, aber „Wir sollten nicht die Hybris entwickeln, dem lieben Gott an diesem Punkt ins Handwerk zu pfuschen.“¹¹

Im Gegensatz zur biologischen Definition kann Hochaltrigkeit soziologisch auch als Chance definiert werden, länger zu leben, als Angehörige des gleichen Geburtsjahrgangs. In Anlehnung an die Idee einer Zwei-Drittel-Gesellschaft beginnt Hochaltrigkeit dann, wenn mann/frau länger lebt als zwei Drittel der Kohortenangehörigen.

Auch in den vorindustriellen Epochen erreichten Frauen und Männer ein hohes oder sehr hohes Alter. Zwar war ein hohes Alter bis ins 20. Jahrhundert relativ selten, aber die Menschen unterlagen denselben biologischen Altersprozessen wie heute. Die in der Gegenwart verbreiteten Alterskrankheiten wie Demenz (Senilität), Osteoporose (Knochenbrüchigkeit), Arthrose waren auch früher vorhanden, nur traten diese durch den frühzeitigen Tod vieler Menschen (z.B. aufgrund von Epidemien) vergleichsweise selten auf. Durch die hohe Mortalität war auch eine langjährige Pflegebedürftigkeit eher selten. Das Alter war daher bis ins frühe 20. Jahrhundert weitgehend gleichbe-

¹¹ In: LOSSAU, NORBERT: Alter schützt vorm Tode nicht. DIE WELT vom 7.09.2001

deutend mit Invalidität bzw. Gebrechlichkeit. Nicht das kalendarische Alter bestimmte eine Person als „Alt“, sondern wenn deren körperliche und geistige Kräfte schwanden (vgl. BORSCHIED 1992: 38). Daher war die soziale Stellung älterer Menschen in vor- und frühindustriellen Gesellschaften einerseits abhängig von der körperlichen Kraft bzw. der Fähigkeit zur Weiterarbeit im angestammten Beruf. Andererseits wurde die soziale Stellung älterer Frauen und Männer durch ihre Position im Familienverband und ihren Besitzverhältnissen bestimmt. Das Alter als eigenständige Lebensphase - strukturiert durch soziale Zuordnungen gemäß chronologischem Alter - entstand erst im 20. Jahrhundert mit Einführung der Sozialsysteme (s. Abschnitt 2.2.1).

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts ist der Hauptgrund der steigenden durchschnittlichen Lebenserwartung¹² der enorme Mortalitätsrückgang in den jüngeren Altersgruppen.¹³ Zum Ende des 20. Jahrhunderts profitieren aber zunehmend die älteren Altersgruppen vom Mortalitätsrückgang. Aufgrund eines höheren Wohlstandsniveaus erreichen mehr Menschen ihre biologisch gegebene Altersspanne (sie können die angenommenen 120 Jahre ausleben). Mit Berücksichtigung des Geburtenrückgangs verdeutlichen die Zunahmeraten in Tab. 2-1 eindrucksvoll diesen Mortalitätsrückgang bei den Senioren. In der Konsequenz bleiben zwar immer mehr Menschen lange gesund und genießen damit eine relativ hohe Lebenserwartung, aber gleichzeitig stoßen auch mehr Menschen biologisch-funktional an die oberen Grenzen der menschlichen Lebensspanne.

Gegenwärtig gibt es kaum Anzeichen für das Erreichen einer Grenze der Lebenserwartung. Allgemeiner Wohlstand, bessere Ernährung und medizinischer Fortschritt scheinen die biologisch-funktionalen Konsequenzen des hohen und höchsten Alters weiter hinauszuschieben. Durch diese Annäherung an die maximale biologische Lebensspanne werden jedoch altersbedingte Krankheiten zur Regel. Insofern unterscheidet sich die durchschnittliche Lebenserwartung von der gewünschten behinderungsfreien Lebenserwartung gravierend, da beides zunehmend nicht gleichbedeutend ist.

Tab. 2-1: Zunahme des Bevölkerungsanteils in der Bundesrepublik Deutschland von 1950 bis 1985

Altersgruppe	75-80jährigen	80-85jährigen	85-90jährigen	90-95jährigen	90jährigen und Älteren
Zunahme von 1950 bis 1985	154%	250%	405%	720%	2.140%

(Quelle: TEWS 1994)

Mit dieser Entwicklung hat die gesellschaftliche und kulturelle Positionierung zum Alter nicht schrittgehalten – feststellbar anhand der Krisen- und Problemauffassung von Alter. CARSTENSEN (2002) beschreibt, dass das Haupthindernis nicht das Alter selbst ist, sondern „eine Kultur, die tief daran glaubt, dass es ein unaufhaltsamer Verfallsprozess sei“. Die Gegebenheiten zeigen, dass zukünftig Chancen und Potentiale im Alter weit über der traditionellen Verfallsthese stehen werden.

2.1.3 Demographische Situation in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts

Die demographische Situation in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts ist gekennzeichnet von einer niedrigen Geburtenrate, einer steigenden und hohen Lebenserwartung und einem bisher stetigen Einwanderungsüberschuss. Die Folge niedriger Geburtenzahlen und hoher Lebenserwartung ist ein absoluter und struktureller Veränderungsprozess in der Bevölkerung, im Folgenden auch als demographischer Wandel und demographische Alterung der Bevölkerung bezeichnet.

Diese Gesamtentwicklung resultiert aus der Dynamik der Komponenten der Bevölkerungsbewegung (Geburten, Sterbefälle und Wanderungen). Regional sind diese drei Komponenten höchst unterschiedlich, und die Dynamik des demographischen Wandels und Alterns der Bevölkerung differiert. Insbesondere in den neuen Bundesländern verläuft dieser Wandel deutlich schneller.

Die nachfolgend skizzierte demographische Situation Deutschlands beschreibt den Rahmen für die Konkretisierung von Einflussstrukturen auf die Pflege in Thüringen im Kapitel 4 „Raumstrukturelle und soziodemographische Einflussindikatoren in Thüringen [EI]“.

¹² Kennziffer der durchschnittlichen Lebensjahre, die Neugeborene aufgrund der für einen bestimmten Zeitraum geltenden altersspezifischen Sterblichkeitsverhältnisse (Sterbetafel) voraussichtlich leben werden (Lebenserwartung). Für bereits erreichte Lebensalter wird die voraussichtliche Lebenserwartung gemäß Sterbetafel mit „fernere durchschnittliche Lebenserwartung“ bezeichnet.

¹³ Allein im 20. Jahrhundert wuchs die Lebenserwartung in Deutschland um 30 Jahre.

2.1.3.1 Fertilität

Die Geburtenzahlen reichen in Deutschland seit dem „Babyboom“ Mitte der 60er Jahre nicht für eine langfristige Erhaltung der Bevölkerungszahl.¹⁴ Das natürliche Reproduktionsniveau liegt bei durchschnittlich 2,1 Kindern je Frau im gebärfähigen Alter (zusammengefasste Geburtenziffer¹⁵), d.h. es müssten pro Elternpaar etwas mehr als zwei Kinder geboren werden, die selbst wieder Kinder bekommen und so die vorangegangenen Generationen ersetzen. Seit den 60er Jahren gingen die Geburten in den alten Bundesländern von 2,5 auf rd. 1,3 Mitte der 80er Jahre zurück. Seither schwankt dieser Wert geringfügig

Die DDR erreichte Mitte der 70er Jahre mit 1,5 Kindern je Frau einen Tiefpunkt bei den Geburtenzahlen. Infolge umfangreicher sozialpolitischer Fördermaßnahmen kam es in der DDR ab Mitte der 70er vorübergehend zu einer Zunahme der Geburten auf annähernd 2 Kinder je Frau. Seit 1980 gingen aber auch in der DDR die Geburten wieder zurück (vgl. USBECK 1989, HEUNEMANN 1992). Mit den wirtschaftlichen und sozialen Umbrüchen in Folge der deutschen Einheit gab es in den neuen Bundesländern Anfang der 1990er Jahre einen überaus starken Einbruch auf zeitweise nur noch 0,38 Geburten je Frau. Seit Mitte der 1990er Jahre ist wieder eine Zunahme der Geburtenzahlen zu verzeichnen. Mit 1,1 Kindern (1998) liegt die zusammengefasste Geburtenziffer aber noch deutlich niedriger als in den alten Bundesländern (vgl. Anlage Abb. II-3). Deutschland insgesamt gehört mit rd. 1,35 Kindern weltweit zu den Ländern mit den niedrigsten Geburtenziffern (vgl. STATISTISCHE BUNDESAMT 2000). Niedrigere Geburtenziffern weisen in der Europäischen Union nur Italien und Spanien mit rd. 1,2 sowie Griechenland mit rd. 1,3 Kindern pro Frau auf.

Dementsprechend groß ist die Variationsbreite von Annahmen einer zukünftigen Geburtenentwicklung. Die „Talsohle“ des Geburtenrückganges wurde in den neuen Bundesländern offenbar erreicht. Dennoch rechnet BIRG (1997) mit keinen nennenswerten Auswirkungen auf die zukünftige Bevölkerungsentwicklung. Die Schrumpfungsspirale hat längst eingesetzt und führt langfristig zu einer abnehmenden und alternden Bevölkerung. Die Alterspyramide verengt sich nach unten und einer Elterngeneration folget nur noch zu rund 2/3 eine Kindergeneration (s. Anlage Abb. II-21).

2.1.3.2 Mortalität und Lebenserwartung

*Je höher die Lebenserwartung, desto weniger darf man vom Leben erwarten.
(Gerhard Kocher)*

Die Lebenserwartung hat in den vergangenen 100 Jahren um über 30 Jahre zugenommen. Im Jahr 1997 betrug die Lebenserwartung eines neugeborenen Jungen in den alten Bundesländern 74,4 und die eines Mädchens 80,5 Jahre. Im Vergleich dazu haben in Japan die Jungen eine um 2,4 und Mädchen eine um 2,7 Jahre höhere Lebenserwartung als in den alten Bundesländern (vgl. hierzu STATISTISCHE BUNDESAMT 2000). Ursache steigender Lebenserwartung ist die Tatsache, dass die vorzeitige Sterblichkeit in jüngerem Alter vor allem durch soziale Verbesserungen und Optimierungen des Gesundheitssystems weitestgehend zurückgedrängt werden konnte. Das hat dazu geführt, dass der weitaus größte Anteil der Sterbefälle nun das höhere Alter betrifft, in dem der Tod unvermeidbar ist. Untersuchungen der Sterbetafel zeigen, dass sich zugleich die zu erwartende weitere Lebenszeit gemessen an der fernerer Lebenserwartung (Sterbewahrscheinlichkeit) sukzessiv verlängert hat: Gegenwärtig hat ein 60-jähriger Mann eine weitere durchschnittliche Lebenserwartung von 19 Jahren (vor 100 Jahren rd. 13 und 1970 rd. 15 Jahre) und eine 60-jährige Frau von 23 Jahren (vor 100 Jahren rd. 14 und 1970 rd. 19 Jahre). Die verbesserten Lebensumstände und der medizinisch-technische Fortschritt haben wesentlich zu dieser Entwicklung beigetragen (zu Veränderung der Lebenserwartung s. Anlage Abb. II-5).

WITTEW-BACKOFEN (1999) untersuchte in diesem Zusammenhang Disparitäten der Alterssterblichkeit im regionalen Vergleich mit Analysen zu Risikofaktoren, die die unterschiedliche Lebens-

¹⁴ Seit etwa 30 Jahren werden in Deutschland weniger Kinder geboren als zum Bestandserhalt notwendig wären. Die Zahl der Geburten lag 1999 um 76.000 unter der Zahl der Sterbefälle (Geburtendefizit 1998: 67.000).

¹⁵ Entspricht der Summe der altersspezifischen Geburtenziffern der Frauen im Alter von 15 bis unter 50 Jahren des jeweiligen Betrachtungsjahres: Die Anzahl der Kinder, die von 1.000 Frauen im Verlauf ihres Lebens geboren würden, wenn sie sich ihr Leben lang den altersspezifischen Geburtenziffern des Beobachtungsjahres entsprechend verhielten, und es keine Sterblichkeit gäbe. „Wenn 1.000 Frauen im Laufe ihres Lebens durchschnittlich circa 2.080 Kinder bekämen, so würde die Bevölkerung auf Grund ihrer Geburtenhäufigkeit weder wachsen noch schrumpfen.“ (BUNDESTAG 2002: 15).

erwartung im höheren Alter bewirken. Die Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Faktoren und der weiteren Lebenserwartung im höheren Alter zeigen, dass differentielle Lebenserwartungen älterer Menschen eine Kumulierung von Risikofaktoren über den Lebenslauf zugrunde liegen. So sind z.B. signifikante Zusammenhänge der Bevölkerungsdichte oder des Bildungsniveaus zu ausgewählten Todesursachen nachweisbar (vgl. WITTEWERT-BACKOFEN 1999).

Das Sterblichkeitsniveau der Neugeborenen in den neuen Bundesländern hat sich in den letzten Jahren deutlich schneller verringert als im früheren Bundesgebiet und an das westliche Sterblichkeitsniveau angenähert.¹⁶ Gegenwärtig kommen Jahrgänge ab 1929 ins höhere Alter, die überdurchschnittlich weniger Kriegstote zu beklagen hatten. Zukünftig werden starke Geburtsjahrgänge aus der Vorkriegszeit sowie aus der Zeit des Babybooms der fünfziger und sechziger Jahre die Zahl der Senioren kräftig ansteigen lassen. Dennoch wird die Sterblichkeit nur geringen Einfluss auf die demographische Entwicklung der neuen Bundesländer haben (s. auch Anlage II - 3).

2.1.3.3 Migration

Das zukünftige Wanderungsgeschehen der Bundesländer untereinander und mit dem Ausland wird die Bevölkerungsentwicklung daher weitaus nachhaltiger prägen als es bisher der Fall war. Vor dem Hintergrund des erwarteten Bevölkerungsrückgangs kommt der Außenwanderung über die Grenzen der Bundesrepublik ein besonderer Stellenwert zu. So war der alleinige Grund für das Bevölkerungswachstum des Jahres 1999 der Zuzug von 105.000 Aussiedlern (1998: 103.000) und Wanderungsüberschüsse bei den Ausländern (+118.000).¹⁷ Nach zwei Jahren mit negativem Wanderungssaldo der Ausländer gab es somit wieder einen Wanderungsüberschuss (auch bei den Aussiedlern war die Zuwanderung erstmals seit 1990 wieder leicht höher als 1998).

In Westdeutschland nahm die Bevölkerung in fast allen Bundesländern zu, Ausnahmen bildeten nur Bremen und das Saarland. In Ostdeutschland gab es fast durchweg abnehmende Einwohnerzahlen mit Ausnahme Brandenburgs, das vor allem vom Zuzug aus Berlin profitierte (Suburbanisierung). Die Dynamik des Bevölkerungszuwachses ganz Deutschlands nimmt gegenwärtig ab. Ursache dafür sind sinkende Wanderungsgewinne in Westdeutschland und ein seit 1991 erstmals wieder negatives Gesamtwanderungssaldo in Ostdeutschland.

Das Thema Zu- und Einwanderung nach Deutschland ist für die demographische Situation kennzeichnend, wird aber politisch wie gesellschaftlich sehr kontrovers diskutiert (Zuwanderungsgesetz oder Green-Card-Debatte). Der Verweis auf die jeweiligen Konsequenzen, die sich aus „Einstellungen“ zur Zuwanderung in den Bevölkerungsprognosen und -vorausschätzungen ergeben, ist hingegen kaum kontrovers. Der Migrationsbericht der Bundesregierung¹⁸ stellt jedoch eindeutig fest, dass eine Beruhigung des Migrationsgeschehens stattgefunden und der größte Teil der ausländischen Zuwanderer der 1990er Jahre sich nicht auf Dauer in Deutschland niedergelassen hat. (vgl. hierzu Anlage Abb. II-4 und LEDERER 1999). Ähnlich fällt die Bewertung der Konsequenzen für die Altersstruktur aus. Kennzeichnend für die Zuwanderer ist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein niedrigeres Durchschnittsalter und somit wirkt die Zuwanderung verjüngend auf die Altersstruktur der Gesamtbevölkerung. Die Zuwanderung kann den Problemen der demografischen Alterung entgegenwirken, was z.B. bei Integration in den Arbeitsmarkt einen positiven Effekt auf die sozialen Sicherungssysteme hat. Jedoch geht dieser Effekt zum Teil durch die Abwanderung verloren, da sich die Fortzüge alterstrukturell ähnlich darstellen (vgl. hierzu Anlage Tab. II-6).

Der Alterungsprozess der Bevölkerung in Deutschland kann durch die Zuwanderung nicht umgekehrt, sondern nur verlangsamt werden. Die Konsequenzen einer schrumpfenden Bevölkerung fallen jedoch entsprechend des Einwanderungsvolumens und der Altersstruktur der Einwanderer geringer aus. Daher muss die Aussage des Statistischen Bundesamtes, dass die Größe der Zuwanderung anders als bei Geburten und Sterbefällen nicht vom Verhalten der hier lebenden Bevölkerung abhängt, stark bezweifelt werden (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2000). Der gesellschaftliche Rahmen entscheidet über die Attraktivität des Wohnstandortes Deutschland für Zuwanderer.

¹⁶ 1996/98 lag die Lebenserwartung für neugeborene Jungen bei 74,4 (West) bzw. 72,4 Jahren (Ost) und für neugeborene Mädchen bei 80,5 (West) bzw. 79,5 Jahren (Ost).

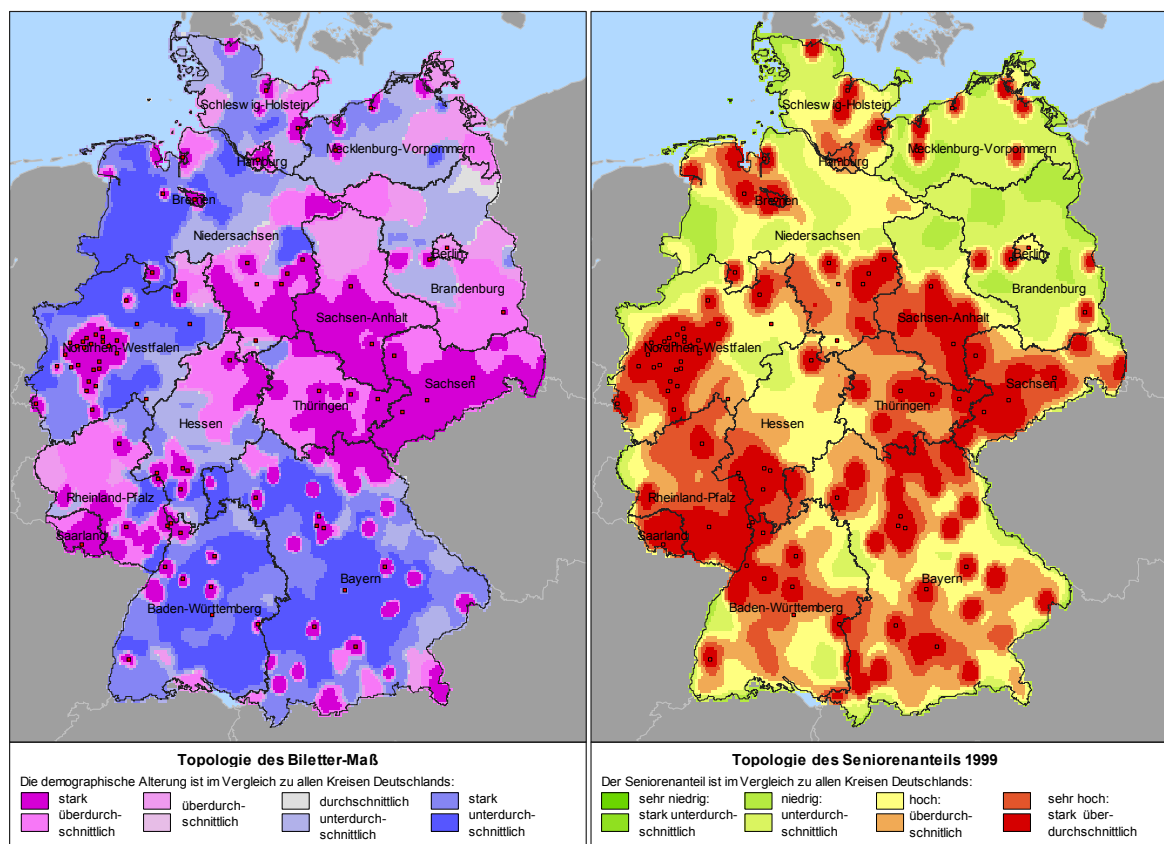
¹⁷ 1999 kamen rund 674.000 Ausländer legal ins Land (1998: 606.000), während 556.000 Ausländer freiwillig oder durch Maßnahmen der Behörden Deutschland wieder verließen (1998: 639.000).

¹⁸ Im Dezember 1999 wurde durch die Ausländerbeauftragte der Bundesregierung der MIGRATIONSBERICHT 1999 vorgestellt (LEDERER 1999). Die Studie gibt einen aktuellen Überblick zur Zu- und Abwanderung nach und aus Deutschland.

2.1.3.4 Raummuster der Altersstruktur

Erwartungsgemäß zeigt die skizzierte demographische Situation geographische und siedlungsstrukturelle Besonderheiten. Zur Visualisierung wurden in Karte 2-1 der Seniorenanteil und das Billeter-Maß in den Landkreisen und kreisfreien Städten untersucht.¹⁹ Die charakteristischen Merkmale der Topologie der Altersstruktur sind:

- Die Bevölkerung der Städte ist älter als in ihrem Umland (sehr deutlich im Freistaat Bayern zu erkennen).
- Die Bevölkerung in ländlich geprägten Regionen ist meist jünger als die in Agglomerationen (z.B. im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern).
- In den neuen Bundesländern gibt es ein altersstrukturelles Nord-Süd-Gefälle und in den alten Bundesländern in Ansätzen ein Süd-Nord-Gefälle.
- Der Norden der neuen Bundesländer hat eine besonders junge und der altindustrialisierte Süden dagegen eine besonders alte Bevölkerung.
- Innerhalb der alten Bundesländer gibt es im Norden ein altersstrukturelles Ost-West-Gefälle.



Karte 2-1: Topologie der Altersstruktur im Vergleich der Kreise Deutschlands 1999 [Billeter-Maß und Seniorenanteil]

2.1.4 Zukünftige Bevölkerungsentwicklung

Die bislang skizzierte demographische Situation bildet die Grundlage zahlreicher Modelle zur Bevölkerungsentwicklung, -prognose oder -vorausschätzung. Die strategischen Parameter (Prognoseannahmen zur Fertilität, Lebenserwartung und Migration) der Modelle unterscheiden sich dabei mehr oder weniger stark. Da die Annahmefestlegung zumeist auf Zeitreihenanalysen basiert, gibt es allerdings kaum methodischen, sondern mehr inhaltlichen Streit über die zugrundegelegte Trendextrapolation (Rückschlüsse aus der Vergangenheit auf künftige Ereignisse: s. auch Ausführungen in Abschnitt 2.4 „Demographischer Wandel und Schrumpfungsprozesse“). Wichtigste Unterschiede sind daher die Annahmen zur Höhe der Zuwanderungsgewinne.

¹⁹ Erklärung zum Billeter-Maß und Seniorenanteil in Abschnitt 4.2.2.

2.1.4.1 Modellrechnungen zur Bevölkerungsentwicklung

Die Ergebnisse unterschiedlicher Bevölkerungsprognosen unterscheiden sich in ihren Aussagen nur geringfügig. Tab. 2-2 vergleicht in Auszügen die Annahmen und Ergebnisse ausgewählter Modellrechnungen zur Bevölkerungsentwicklung in Deutschland. Die Bevölkerung wird danach entsprechend der Annahmen in allen Modellen ähnlich stark zurückgehen. Für das Jahr 2050 ergibt sich eine Bevölkerungsgröße zwischen 65 und 73 Mio. Einwohnern in Deutschland. Gleichzeitig steigt die Überalterung der Bevölkerung gemessen am Altenquotienten je nach Annahme auf Werte zwischen 74,7 und 106,3. Je nach Annahme zur Lebenserwartung und Wanderungsgewinnen variieren der Bevölkerungsumfang und die Geschwindigkeit des Alterstrukturwandels. Annahmen zur Fertilität sind hingegen in allen Modellen ähnlich und die Geburtenhäufigkeit entsprechend gering.

Der Unterschied besteht in der jeweiligen konkret erwarteten Größenordnung der Bevölkerung (hier für das Jahr 2050 dargestellt). Zwischen den Jahren 2020 und 2030 erwarten aber alle Modellrechnungen den stärksten Anstieg des Altenquotienten.

Tab. 2-2: Synopsis der Annahmen und Ergebnisse für das Jahr 2050 ausgewählter Modellrechnungen zur Bevölkerungsentwicklung in Deutschland

	Lebenserwartung Neugeborener 2050	Fertilität (Geburten je Frau)	Migration ^(a) (in Personen/Jahr)	Bevölkerungs- zahl 2050	Alten- quotient ^(b) (1999: 39,8)	
9. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (STATISTISCHES BUNDESAMT 2000)					2020	2050
Variante 1	Jungen: 78,1	langfristig 1,39	100.000	65,0	54,1	80,0
Variante 2	Mädchen: 84,5		200.000	70,4	52,8	74,7
Variante 2a (höhere Lebenserwartung)	Jungen: 80,1 Mädchen: 86,4			72,0		
Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW 1999)					2020	2050
Variante IA (niedrige Zuwanderung, niedrige Lebenserwartung)	Variante A Jungen: 75,5 Mädchen: 81,7	Deutsche Frauen: 1,30 Ausländische Frauen: 1,53	150.000 Personen	60,1	58,6	88,5
Variante IB (niedrige Zuwanderung, hohe Lebenserwartung)				65,8	61,1	106,3
Variante IIA (hohe Zuwanderung, niedrige Lebenserwartung)	Variante B Jungen: 81,4 Mädchen: 86,4		300.000 Personen	67,1	57,0	82,8
Variante IIB (hohe Zuwanderung, hohe Lebenserwartung)				73,0	59,4	99,1
Simulationsrechnung des Institutes für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik (BIRG 1998)					2020	2050
Mittlere Variante	Jungen: 82,2 Mädchen: 88,6	langfristig 1,6	langfristig 225.000 Personen	69,5 (davon 15,7 Mio. Zugewanderte)	58,5	83,5
Modellrechnung des Bundesinnenministeriums (BMI 2000)					2020	2050
Mittlere Variante	Jungen: 78,1 Mädchen: 84,5	Deutsche Frauen: 1,35 Ausländische Frauen: 1,50	Ansteigend von 100.000 auf 200.000 im Jahr 2008, dann konstant	70,3 (davon 12,0 Mio. ausländische Staatsangehörige)	53,2	76,4

a) Wanderungssaldo ausländischer Staatsangehöriger b) 60-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 60 Jahren (in Anlehnung an BUNDESTAG 2002: 28-30)

Neben den grundsätzlich ähnlichen inhaltlichen Aussagen der Modellrechnung hat die Simulationsrechnung von BIRG (1997) eine besondere Bedeutung zur Charakterisierung möglicher Handlungskonsequenzen.²⁰ BIRG demonstriert die dramatische Bevölkerungsschrumpfung durch Nullsetzung des Parameters Außenwanderung: „Ohne jegliche Außenwanderung würde die Bevölkerung in Deutschland bis zum Ende des 21. Jahrhunderts von 80,2 Mio. (1991) auf 24,4 Mio. abnehmen.“ (BIRG 1997). Aufgrund niedriger Fertilität und Nettoabwanderung²¹ fällt dieses Szenario in den neuen Bundesländern deutlich negativer (Rückgang um 83,7% auf 2,36 Mio. Einwohner) als in den alten Bundesländern (66,4%) aus.²² Nach BIRG wird dieser heuristische, rein hypothetische Charakter des Bevölkerungsszenarios im Land Bremen besonders deutlich: Die Bevölkerungszahl würde auf 39.000 abnehmen: „... ein fiktiver, irrealer Fall, der zeigt, dass sich sowohl das Fertilitäts- als auch das Wanderungsverhalten ändern werden bzw. ändern müssen, damit diese Entwicklung *nicht* eintritt.“ (BIRG 1997: 84).

²⁰ Das Multiregionale Bevölkerungsmodell nach BIRG (1997) enthält modellendogen die Konsequenzen unterschiedlichen Binnenmigrationsverhaltens (als Wanderung zwischen den Bundesländern).

²¹ Abwanderung in die alten Bundesländer.

²² Diese Parameterkonstellation führt in allen neuen Bundesländern zu einem Rückgang der Bevölkerungsanteile an der Gesamtbevölkerung Deutschlands (Anteil insgesamt 1991=18,1% auf 2100=9,6%).

In Thüringen würde im gleichen Zeitraum 1991 bis 2100 die Bevölkerung im Jahr 2100 auf 17,2% des Ausgangswertes bzw. auf 443.000 Personen abnehmen. Gleichzeitig reduziert sich der Bevölkerungsanteil Thüringens in der Bundesrepublik von 3,2% auf 1,8% im Jahr 2100 (s. Anlage II - 4).

Die Aussagen der UNO-Studie zur Bevölkerungsentwicklung in Deutschland beschreiben die Situation aus entgegengesetzter Perspektive. Mit der Frage „Welche Zuwanderung wird für welches denkbare Szenario benötigt“, sensibilisiert sie besonders für die Dimensionen der Wanderungsprobleme in globaler Hinsicht. Für die Stabilisierung des Altersquotienten wäre rechnerisch eine Nettozuwanderung von 3,4 Mio. pro Jahr notwendig. Deutschland hätte dann im Jahr 2050 rd. 299 Mio. Einwohner (Tab. 2-3). Die Migrationsströme und Wanderungsbewegungen sind weltweit zu verzeichnen und werden gegenwärtig aus Sicht der industrialisierten westlichen Nationen eher als Bedrohung angesehen.²³ Es wird gefordert, insbesondere auf europäischer Ebene die Zuwanderung zu steuern, zu gestalten und entsprechende Integrationskonzepte zu entwickeln.

Tab. 2-3: UNO-Bevölkerungsszenarien für Deutschland mit der Basis 1995

Szenario	Zuwanderung	Netto-Zuwanderung pro Jahr 1995 bis 2050	Bevölkerung in Mio. 2050	Zu- bzw. Abnahme gegenüber 1995 in %	Altersquotient 2050 ^{a)}
I	Keine Zuwanderung	0	58,8 Mio.	-28%	1,8
II	Mäßige Zuwanderung (Szenario bei einer jährlichen Zuwanderung von 240.000 Personen von 1995 bis 2005 und 200.000 Personen von 2005 bis 2050)	200.000 – 240.000	73,3 Mio.	-10%	2,1
III	Stabilisierung der Bevölkerungszahl (Zuwanderungspolitik mit dem Ziel einer stabilen Bevölkerungszahl von 81,7 Millionen)	324.000	81,7 Mio.	0%	2,3
IV	Stabilisierung der Zahl 15- bis 64-jährigen (Zuwanderungspolitik mit dem Ziel, die Personen im erwerbsfähigen Alter (15 bis 64) bei 55,8 Millionen zu stabilisieren)	458.000	92 Mio.	+13%	2,4
V	Stabilisierung des Altersquotienten (Stabilisierung des Verhältnisses von 4,4 Personen 15-64 Jahre auf eine Person 65 Jahre und älter 1995)	3,4 Mio.	299 Mio.	+266%	4,4

a) Verhältnis der 15- bis 64-jährigen zu den über 65-jährigen

Basisjahr 1995: Bevölkerung 81,7 Mio.; Personen im Erwerbsalter 55,8 Mio.; Altersquotient 4,4:1

(Quelle: UN (Ed.), Replacement Migration, New York 2000, Tabelle 4.13, S. 39.)

Der dargelegte prognostische Rahmen weist synoptisch folgenden charakteristischen Trend für Deutschland aus:

1. Bevölkerungsabnahme durch Sterbeüberschüsse bei niedrigem Geburtengeschehen
2. deren Kompensation bzw. der Kompensationsversuch durch internationale Wanderungsgewinne die Bevölkerungsabnahme zu stabilisieren;
3. deutliche und dramatische Alterung der Bevölkerung;
4. weiterhin eine räumliche Umverteilung von Ost nach West und
5. siedlungsstrukturelle Veränderungen mit groß- wie kleinräumigen Dekonzentrationsprozessen im Westen und großräumigen Konzentrations- und kleinräumigen Dekonzentrationsprozessen im Osten.

Da mit der demographischen Alterung der Bevölkerung auch eine Zunahme der Pflegebedürftigenzahl zu erwarten ist, fokussiert die vorliegende Arbeit überwiegend auf die Entwicklung der Personen „65 Jahre und älter“. Unter dem Gesichtspunkt der Pflegeentwicklung sowie der Charakterisierung räumlicher und infrastruktureller Konsequenzen einer demographisch alternden Bevölkerung ist dieser Abschnitt und die darauf aufbauenden Analysen auf die Konsequenzen und Ableitungen ausgerichtet und nicht auf Ergänzungen der bisher skizzierten (methodischen) Diskussion.²⁴

Den Schwerpunkt bildet die 9. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (STATISTISCHES BUNDESAMT 2000). Sie repräsentiert nicht nur die amtliche Statistik, sondern liefert daraus abgeleitete regionalisierte Ergebnisse für die Landkreise und kreisfreien

²³ Vgl. SPIEGEL NR. 25/17.06.02: „Europa macht dicht. Ansturm der Migranten“.

²⁴ Weiterführende Prämissen, Parameter und methodischen Ansätze der hier ausgewählten Studien sind in Anlage II - 3 aufgeführt.

Städte Thüringens. Diese Beschränkung auf eine zentrale Bevölkerungsprognose ist möglich, da die Prognose- und Modellbasis im Sinne der Arbeit bei allen Studien weitestgehend identisch ist. Die Entwicklung der Bevölkerungsgruppe mit der höchsten Pflegeprävalenz „65 Jahre und älter“ beschreibt im Zeithorizont von 50 Jahren bereits geborene Alterskohorten. Die Prognosesicherheit ist daher in allen Studien und Varianten sehr hoch. Die Unterschiede liegen mehr im Verhältnis zur jüngeren und gesamten Bevölkerung.

2.1.4.2 9. koordinierte Bevölkerungsvorausschätzung

Das Statistische Bundesamt veröffentlichte 1993 die 8. koordinierte Bevölkerungsvorausschätzung und aktualisierte die Ergebnisse Mitte Juli 2000 mit der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung für Deutschland. Diese Zeitspanne zeigt – u.a. durch den Länderstreit bei der Koordinierung – die Brisanz von amtlichen Aussagen zur Bevölkerungsentwicklung für die Gesellschaft und Politik. Die Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung²⁵ weichen jedoch nicht „spektakulär“ von den Resultaten früherer Projektionen ab, insbesondere wenn man Szenarien mit ähnlichen Wanderungsannahmen vergleicht (Tab. 2-4).

Die 8. koordinierte Bevölkerungsvorausschätzung rechnete in dem Szenario mit 100.000 Personen jährlichem Wanderungsgewinn für 2040 eine Bevölkerungsgröße von 67,6 Mio. Personen aus. Die aktuelle Vorausschätzung kommt bei gleichen Wanderungsannahmen, jedoch steigender Lebenserwartung, für den selben Zeitpunkt auf 70,5 Mio. Einwohner. Zum Ende des Projektionshorizontes wird die Bevölkerung in Deutschland dann weiter auf unter 65 Mio. gesunken sein. Auch bei der Entwicklung der Altersstruktur sind die Unterschiede eher graduell. Die 1993er Vorausschätzung kam für 2040 auf 71,2 Personen im Alter von 60 Jahren und älter je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 60 Jahren (Altenquotient). Die aktuelle Vorausschätzung kommt dank steigender Lebenserwartung auf einen höheren Altenquotienten von 76,2 für 2040 und 80,0 für 2050.

Tab. 2-4: Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnungen im Vergleich

	Wanderungen	Bevölkerung in Millionen			Altenquotient ^{a)}		
		2030	2040	2050	2030	2040	2050
7. kBV	60.000	69,9	-	-	72,7		
8. kBV (1993)	100.000	73,7	67,6	-	71,1	71,2	-
	200.000	77,4	72,4 (2,32)	-	67,8	67,8	-
	300.000	81,1	77,1	-	65,0	65,0	-
9. kBV (2000)	100.000	75,2	70,5 (1,90)	64,9	73,0	76,2	80,0
	200.000	78,0	74,5 (2,01)	70,4	69,6	71,7	74,7

Angaben in Klammern entsprechen den jeweiligen Aussagen für Thüringen

a) Verhältnis der Bevölkerung „60 Jahre und älter“ zur Bevölkerung „20 bis unter 60 Jahren“

(Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT; THÜRINGER LANDESAMT FÜR STATISTIK)

Massive Unterschiede ergeben sich jedoch bei den Ergebnissen der einzelnen Bundesländer. Wurden bei der 8. kBV für Thüringen im Jahr 2040 noch 2,32 Mio. Einwohner erwartet, so reduzierten sich diese bei der 9. kBV auf 2,01 Mio. Einwohner. (entspricht -13,3%). Für Gesamtdeutschland ergibt sich hingegen ein Plus von 2,9%. Geht man ferner von den Vorzugsvarianten aus²⁶, so ergibt sich für Thüringen im Vergleich der 9. kBV zur 8. kBV ein um 18,1% geringerer Bevölkerungsbestand im Jahr 2040 (vgl. Klammerwerte in Tab. 2-4).

Dies verdeutlicht die gravierenden Strukturbrüche, die sich zwischen den jeweiligen Prognosebasisjahren ergeben haben (Geburtenrückgang und Wanderungsverluste der neuen Bundesländer), obgleich in den letzten Jahren die Wanderungsverluste der neuen Bundesländer kontinuierlich zurückgegangen sind. Es wird keine Abschwächung des Bevölkerungsrückgangs erwartet. Im Gegenteil, die Bevölkerungsabnahme der neuen Bundesländer und Thüringens wird deutlich negativer

²⁵ Die aktuelle Vorausschätzung hat den Projektionshorizont bis zum Jahr 2050 verlängert und eine Reihe von Annahmen verändert.

²⁶ Bei der 8. kBV die Variante II (200.000 Personen Außenwanderungsgewinn); Bei der 9. kBV die Variante I (100.000 Personen Außenwanderungsgewinn).

prognostiziert als zu Beginn des Jahrzehnts, obwohl das Wanderungsgeschehen im Vergleich zu den 1993 zugrundegelegten Erfahrungen deutlich positiver ausfällt.²⁷

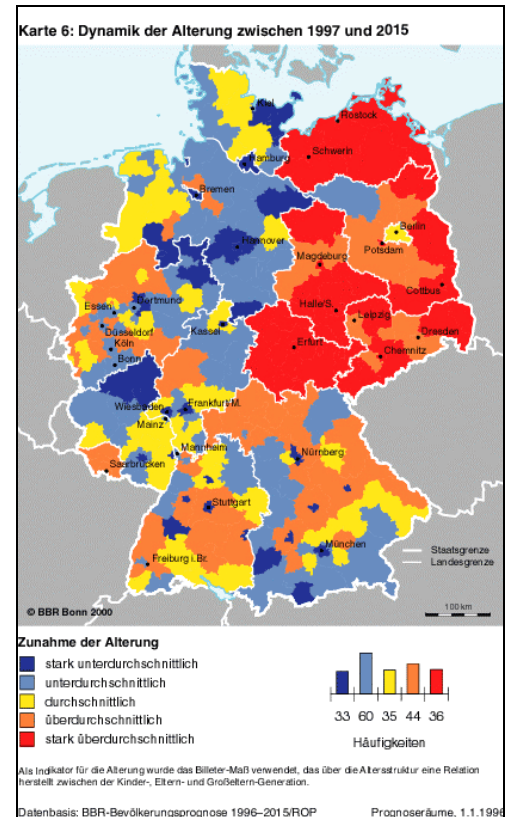
2.1.4.3 Bevölkerungsentwicklung und -dynamik im regionalen Vergleich

Zentraler Schwachpunkt vieler Bevölkerungsprognosen sind fehlende Aussagen zu regionalen und überregionalen Konsequenzen des Bevölkerungsrückganges und der Alterung.

Mit einem deutlich kürzeren Zeithorizont aber auf Basis der Planungsregionen prognostiziert das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) die Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2015 und ermöglicht Aussagen zur regionalen Bevölkerungsdynamik.²⁸ (BUCHER 1999).

Zentrale Aussage ist, dass die größten Disparitäten der Bevölkerungsdynamik zwischen West- und Ostdeutschland bestehen. Es wird nur in wenigen Regionen des Westens eine Bevölkerungsabnahme erwartet, während nur in wenigen Regionen des Ostens die Bevölkerung stagniert oder sich vergrößert.²⁹ Im Westen wie im Osten zeigen suburbane Räume die größte Dynamik, während in vielen Kernstädten eine Stagnation oder Bevölkerungsabnahme erwartet wird.

Die räumlichen Umverteilungen haben mehrere dynamische, sich gegenseitig verstärkende oder abschwächende Ursachen. Die häufigste Konstellation in den alten Bundesländern sind regionale Bevölkerungszunahmen aufgrund einer Überkompensation der Sterbeüberschüsse durch Wanderungsgewinne. Nur noch wenige Regionen haben aufgrund noch günstiger Altersstrukturen Geburtenüberschüsse. In den neuen Bundesländern überwiegen solche Regionen mit Bevölkerungsabnahme, in denen die Wanderungsgewinne die Sterbeüberschüsse nicht ausgleichen können. Zu starkem Bevölkerungsrückgang kommt es in zumeist ländlichen Regionen mit zweifacher Ursache: Sterbeüberschüsse und Wanderungsverluste.



Karte 2-2: Dynamik der räumlichen Alterung bis 2015 (BUCHER 1997)

Die langfristig sich verändernde Alterstruktur weist bemerkenswert ausgeprägte räumliche Muster auf. Beschleunigte und starke demographische Alterungsprozesse finden in den neuen Bundesländern und in bestimmten siedlungsstrukturellen Kategorien des Westens statt (Karte 2-2). Zunächst kommt es zu einer Angleichung von Altersstrukturen (schnell „alternde“ Regionen haben/hatten „jüngere“ Bevölkerungen). In der Folge dieses Prozesses werden diese vormals „jungen“ Regionen zu denen mit überdurchschnittlich vielen älteren Menschen zählen. So ist der Norden der neuen Bundesländer bisher eher „jung“ und wird 2015 zu den „alten“ Regionen zählen. Auch wird sich das Gefälle der Altersstruktur zwischen einigen westdeutschen Großstädten und deren Umland umkehren: die Städte werden jünger als das Umland (s. Abschnitt 2.4.2 zur „Schrumpfung“).

2.2 Soziales Sicherungssystem

Das Sozialstaatsprinzip und die Sozialpolitik der Bundesrepublik Deutschland haben sich aus der im 18. Jahrhundert eng begrenzten Arbeiter- und Armenpolitik entwickelt und erhielten mit der Bismarckschen Sozialgesetzgebung ab 1881 erstmals eine umfassende staatliche Grundlage.³⁰ Dieses soziale Sicherungssystem wurde in der Weimarer Republik (Arbeitslosenversicherung 1927) und besonders nach Gründung der Bundesrepublik weiter ausgebaut und ausdifferenziert. Die langanhaltende ökonomische Prosperitätsphase der Bundesrepublik, der damit verbundene immense

²⁷ Zu Details und weiteren Ergebnissen der koordinierten Bevölkerungsvorausschätzungen s. Abschnitt 4.4.3 und Anlage II - 3.

²⁸ Prognosebasis ist der Bevölkerungsbestand zum Jahresende 1996.

²⁹ In den neuen Bundesländern sind das nur Regionen, in denen durch die Suburbanisierungseffekte die Sterbeüberschüsse durch Wanderungsgewinne überkompensiert werden können.

³⁰ Die Bismarcksche Sozialgesetzgebung entwickelte erstmals eine staatlich organisierte soziale Absicherung gegen die großen Lebensrisiken Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter.

materielle Reichtum der Gesellschaft und der damit einhergehende tiefgreifende gesellschaftliche und soziale Strukturwandel erforderte und ermöglichte wechselseitig den Ausbau der Sozialpolitik und des Sozialstaates.

2.2.1 Sozialstaatsprinzip und Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland

Der Sozialstaat als Grundprinzip eines sozial verpflichteten Staates hat ebenso wie das Prinzip des Rechtsstaates im Grundgesetz Verfassungsrang: „Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat“ (GG Art. 20 Abs. 1). Und nach Art. 28 Abs. 1 muss die verfassungsmäßige Ordnung in den Ländern „den Grundsätzen des republikanischen, demokratischen und sozialen Rechtsstaates im Sinne des Grundgesetzes entsprechen.“ Dieses Sozialstaatsgebot ist zwar inhaltlich unbestimmt (z.B. Höhe und Reichweite sozialpolitischer Leistungen), aber die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts interpretierte mehrfach das Sozialstaatsprinzip als die Verpflichtung des Staates, „für einen Ausgleich der sozialen Gegensätze und für eine gerechte Sozialordnung zu sorgen, und die Existenzgrundlagen der Bürger zu sichern und zu fördern.“ (BÄCKER 2000:37) Daneben enthält das Grundgesetz weitere Artikel, die den Staat auf bestimmte soziale (sozialpolitische) Grundwerte verpflichten, wie z.B. auf „die Unantastbarkeit der Würde des Menschen“ (Art. 1 Abs. 1) und der daraus abgeleiteten Verpflichtung des Staates, jedem Bürger das Existenzminimum zu sichern. Mit der EU-Grundrechtecharta³¹ wurden auch auf europäischer Ebene fundamentale Prinzipien zur Würde des Menschen, den Grundfreiheiten, der Gleichheit und der Solidarität festgelegt. Aber auch auf die Belange behinderter oder pflegebedürftiger Menschen wurde namentlich mit Artikel 21 „Nichtdiskriminierung“, Artikel 26 „Integration von Menschen mit Behinderung“ und Artikel 3 „Recht auf Unversehrtheit“ eingegangen. Die Gestaltung der Gesellschaft nach den Maßstäben von sozialer Gerechtigkeit und sozialem Ausgleich sind demnach ein wesentlicher Bestandteil des demokratischen Staates und nicht nur Anhängsel einer marktwirtschaftlichen Ordnung oder ihr gar untergeordnet.

Dabei gilt das gesellschaftspolitische Prinzip der Subsidiarität³², nach dem übergeordnete gesellschaftliche Einheiten (besonders der Staat) nur solche Aufgaben übernehmen sollen, zu deren Wahrnehmung untergeordnete Einheiten (besonders das Individuum) nicht in der Lage sind bzw. was Menschen, Gruppen oder Institutionen aus eigener Kraft tun können, soll nicht durch den Staat geschehen. Mit dem Subsidiaritätsprinzip wird die Selbst- und Eigenverantwortung kleiner durch größere Gemeinschaften geschützt und – wo notwendig – helfend ergänzt und gesichert (Kompetenzregelung und Verantwortungszuweisung vom Individuum, der Familie über die Gruppe, die Gemeinde, die Region usw. bis zum Staat).³³

Kennzeichnend ist heute, dass der Sozialstaat³⁴ nicht erst bei existenzbedrohenden Notlagen und „Bedürftigkeit“ eingreift, sondern generell Einkommens-, Versorgungs- und Lebenslagen umfassend sichert. Im Unterschied zur Privatversicherung oder zu Fürsorgesystemen ist die Verknüpfung von Versicherungsprinzip, Solidarprinzip³⁵ und Subsidiaritätsprinzip konstitutiver Bestandteil des Sozialstaats und der Sozialversicherung (des sozialen Sicherungssystems). Dadurch ergänzen sich Eigenverantwortung und staatlicher sozialer Ausgleich (Subsidiarität), Leistungsorientierung und Lebensstandardsicherung (Solidarität). Die Leistungen der Sozialversicherung beruhen auf einem durch Beitragszahlungen erworbenen Rechtsanspruch. Nicht das Bittstellerprinzip zum Staat oder die Bedürftigkeitsprüfung, sondern der selbstbewusste da selbst erarbeitete Anspruch des Bürgers ist kennzeichnend.

³¹ Die Charta der Grundrechte der Europäischen Union wurde durch die 15 Staats- und Regierungschefs am 07.12.2000 auf dem Gipfel in Nizza verkündet. Zur Sozialpolitik und speziell zur Politik für ältere Menschen in Europa bzw. in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union vgl. WEIDENFELD (1994) und BMFSFJ (1996B).

³² Der Grundgedanke des Subsidiaritätsprinzips reicht sowohl theologisch, philosophisch als auch politisch weit zurück. Thomas von Aquin bemerkte, "dass eine übertriebene Vereinheitlichung und Gleichschaltung den Bestand des aus verschiedenen Gebilden zusammengesetzten Gemeinwesens bedroht". Konkretisierung erfuhr das Subsidiaritätsprinzip in der päpstlichen Sozialenzyklika "Quadragesimo Anno" vom 15. Mai 1931. Das Subsidiaritätsprinzip ist jedoch nicht nur auf die katholische Soziallehre zurückzuführen, denn Aspekte des Subsidiaritätsprinzips finden sich auch in der protestantischen Kirche und im calvinistischen Kirchenrecht wieder. Allerdings wurde die Formulierung des Subsidiaritätsprinzips 1931 unter dem Eindruck der aufkeimenden totalitären Staaten erlassen und sollte Einzelpersonen, die Familie und gesellschaftliche Zwischengebilde vor dem Staat in Schutz nehmen.

³³ Vor dem Staat oder einem staatlichen Eingriff hat die Mobilisierung eigener Kräfte oder finanzieller Ressourcen Vorrang (Bedürftigkeitsprinzip). Ebenfalls haben Träger oder Institutionen der freien Wohlfahrtspflege und freigewerbliche Träger (seit 1998 gleichberechtigt) Vorrang vor staatlichen Aktivitäten, z.B. bei der Schaffung von Einrichtungen (Nachrangigkeitsprinzip).

³⁴ Der Sozialstaat als Gesamtheit der Institutionen, Regulierungen und Verfahren zur Steuerung, Korrigierung oder Ergänzung von Arbeitsmarkt, Einkommensverteilung und Lebensbedingungen.

³⁵ Solidarität: das wechselseitige Füreinander-Einstehen.

Schwerpunkt der Sozialpolitik sind die klassischen Systeme der sozialen Sicherung gegen die Lebensrisiken: Alter, Krankheit, Unfall, Pflegebedürftigkeit, Arbeitslosigkeit.³⁶ Dazu gehören ferner Maßnahmen des sozialen Ausgleichs und der Hilfe in Notlagen wie z.B. Kindergeld, Erziehungsgeld, Mutterschutz, Wohngeld oder Sozialhilfe. Der Sozialstaat und die Sozialpolitik im weiteren Sinne umfassen aber auch über die soziale Sicherung hinausgehende Maßnahmen und rechtliche Regelungen wie z.B. Bildungspolitik (Ausbildungsförderung), Wohnungsbaupolitik (sozialer Wohnungsbau), Arbeitsmarktpolitik (Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen), Steuerpolitik (Steuerermäßigungen und -befreiungen für niedrige Einkommen), Gesundheitswesen und Versorgung der Bevölkerung mit sozialen Diensten und Einrichtungen auf der kommunalen Ebene (vgl. BMA 1998B).

Wachsender Wohlstand und die erheblich verbesserte soziale Absicherung bewirken eine Emanzipation von traditionellen Abhängigkeiten. Nach BÄCKER (2000: 35) sind das die Voraussetzungen für reale Freiheitsspielräume, die eine individuelle Lebensplanung überhaupt erst in relevantem Ausmaß ermöglichen (Entfaltung von individuellen Bedürfnissen und deren Realisierbarkeit bzw. Verwirklichung in einer persönlichen Lebensperspektive). Sozialpolitik und soziale Sicherung sind daher nicht nur Schutz vor bestimmten Lebensrisiken, sondern entfalten auch eine gesellschaftsgestaltende Kraft, sie sind auch Gesellschaftspolitik.

Der Sozialstaat kann und will das soziale Engagement der Bürger in der Familie und im Gemeinwesen nicht ersetzen, sondern baut vielmehr darauf auf und hilft gemäß dem Subsidiaritätsprinzip erst in der Folge (Bürgersinn, Gemeinwohlorientierung und bürgerschaftliches sowie soziales Engagement außerhalb von Markt und Sozialstaat). Es besteht jedoch ein Widerspruch zur Realität einer Konkurrenzökonomie der Marktwirtschaft, die alle Lebensbereiche durchdringt. BÄCKER (2000: 38) spricht von einer auf Kosten und Nutzen verengten „Ellenbogen-Ökonomie“, die das freiwillige soziale Engagement faktisch ausschließt.³⁷ Die Politik muss daher das soziale Engagement der Bürger, die Verantwortung, Freiwilligkeit, den Gemeinsinn und die Selbsthilfepotentiale stärken, entwickeln oder aufbauen.

Dem ausgebauten Sozialstaat wird vielfach vorgeworfen, den Einzelnen von seiner Sorge um den Nächsten in Familie und Nachbarschaft (der lokalen Gemeinschaft) entbunden und dadurch Solidaritätspotentiale zugeschüttet sowie den familiären Zusammenhalt untergraben zu haben. BÄCKER verweist hierzu auf eine Verwechslung von Ursache und Wirkung: „Aus historischer Perspektive wissen wir, dass die Triebkräfte des Sozialstaates in der krisenhaften ökonomischen Entwicklung und in der sozial destruktiven Dynamik des Marktes liegen. Die Bereitstellung von sozialen Leistungen, Einrichtungen und Diensten war und ist erforderlich, um die durch den wirtschaftlichen und sozial-strukturellen Umbruch aufgeworfenen sozialen Probleme und Defizite zu bewältigen. Bei der anhaltenden ökonomischen Dynamik das Rad zurückdrehen zu wollen und den Familien und Gemeinschaften alte Aufgaben wieder zu übertragen, ist ebenso wenig möglich, wie traditionelle Familienstrukturen wiederzubeleben.“ (BÄCKER 2000: 38)

Diese weit verbreitete Einstellung und Sichtweise der Situation ist problematisch. Die Notwendigkeit und Rechtfertigung des Sozialstaats ist grundsätzlich richtig und notwendig, nur kann eine „anhaltende ökonomische Dynamik“ nicht als Rechtfertigung einer verfehlten gesamtgesellschaftlichen Entwicklungstendenz herangezogen werden. Der Blick auf die Pflegeversicherung zeigt, dass nach wie vor die Familie und in erster Linie die Frauen den Großteil an sozialen Verpflichtungen und Dienstleistungen übernimmt und selbstverständlich auch schon vor der Pflegeversicherung übernommen hat. Nächstenliebe und Solidarität müssen sich keinesfalls der Ökonomie unterordnen, selbst wenn die Rahmenbedingungen schlecht sind und die gesellschaftliche Anerkennung gering ist (zur Einordnung in den demographischen Wandel s. Abschnitt 2.4).

Seit Mitte der 1990er wird die Sozialpolitik in Deutschland nicht nur wie in den Jahren zuvor kontrovers diskutiert, sondern mit der Grundsatzkritik konfrontiert, dass der ausgebaut Sozialstaat verantwortlich für die Krisenerscheinungen in Wirtschaft und Gesellschaft sei (Überregulierung des Arbeitsmarktes, hohe Lohn- und Lohnnebenkosten, hohes Sozialleistungsniveau überfordere die öffentlichen Haushalte usw.). Die politische Schlussfolgerung dieser Kritik ist ein quantitativer

³⁶ Fünf Säulen der sozialen Sicherung: Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Pflegeversicherung.

³⁷ Danach stehen u.a. die Familienwerte und der geforderte familiäre Zusammenhalt im Konflikt mit einem deregulierten Arbeitsmarkt, der eine bedingungslose Mobilität einfordert.

Abbau und qualitativer Umbau der Sozialpolitik (u.a. Arbeitsmarktderegulierung, Sozialleistungsabbau, stärkere privat und privatwirtschaftliche soziale Absicherung). Zum Teil geht die Pflegeversicherung u.a. durch gesetzlich festgelegte Kostenbeschränkungen, dem Leitbild der Teilkaskoversicherung oder der Sozialhilfeentlastung der öffentlichen Haushalte auf diese Kritik ein.

2.2.2 Exkurs: Betreuung und Pflege in der DDR – Versuch einer kritischen Würdigung

Aus Sicht der DDR-Gerontologie war der zentrale strukturelle Unterschied zur Bundesrepublik, dass dort (in „kapitalistischen Staaten“) die Betreuung der Betagten nicht als prinzipielle Aufgabe des Staates angesehen wurde. Die öffentliche Hand in der Bundesrepublik ist zwar für die alten Menschen durch Sicherstellung ihrer materiellen Versorgung im Sinne einer Altersrente verantwortlich, überlässt aber die Formen der medizinischen und sozialen Fürsorge der Initiative bestimmter Vereinigungen, Gruppen und Einzelpersonen (Wohlfahrtsverbände, politische, soziale und konfessionelle Vereinigungen). Kritisiert wurden Umfang und Qualität dieser Fürsorge, die aufgrund individueller und regionaler Gegebenheiten vermeintlich starken Restriktionen ausgesetzt war. Vor allem die Finanzkraft der jeweiligen Gruppierung und der Betroffenen z.B. bei Heimunterbringung war eine zentrale Kritik. Damit richtete sich die Kritik grundsätzlich an das Subsidiaritätsprinzip der Bundesrepublik, das genau diese Selbstverantwortung anstrebt.

In der DDR hatten die Grundlagen für die Betreuung und Fürsorge der Bürger im höheren Lebensalter Verfassungsrang³⁸. Hervorzuheben ist Artikel 36 mit dem Recht auf Fürsorge der Gesellschaft im Alter und bei Invalidität, gewährleistet durch steigende materielle, soziale und kulturelle Versorgung und Betreuung alter und arbeitsunfähiger Bürger. Der Beschluss des Ministerrates der DDR aus dem Jahr 1969 kann als erster Ausgangspunkt einer gewünschten systematischen Betreuung³⁹ älterer Bürger angesehen werden.⁴⁰ Er formuliert Grundsätze und Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen, sozialen und kulturellen Betreuung der Bürger im höheren Lebensalter und zur Förderung ihrer stärkeren Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Es wird davon ausgegangen, dass die älteren Menschen in der sozialistischen Gesellschaft einen festen Platz haben, die volle Gleichberechtigung mit allen anderen Bürgern wird garantiert: „Sie (die Senioren, der Autor) erfahren die Achtung, Liebe und Fürsorge ihrer Angehörigen und der gesamten sozialistischen Gesellschaft“ (PICKENHAIN/RIES 1988: 583). Die daraus folgende Rahmenvereinbarung⁴¹ des Ministeriums für Gesundheitswesen und zahlreicher Organisationen sollte dieses Ziel realisieren: Es sollten die „Initiativen aller gesellschaftlichen Kräfte“ für ein System vielfältiger koordinierter und ineinandergreifender Maßnahmen der praktischen Sorge um die Bürger im höheren Lebensalter und die pflegebedürftigen Bürger entwickelt werden. Im Ergebnis wurden in den Bezirken und später auch den Kreisen und Stadtbezirken der großen Städte sogenannte „Koordinierungsgruppen zur komplexen Betreuung der Bürger im höheren Lebensalter“ geschaffen. Sie dienten der Koordination unterschiedlicher Organisationen und Gremien (Wohnungspolitik, Volksbildung, Kultur, Versorgungswirtschaft, Finanzen, Handel, Versorgung, Stadtbezirksverordnetenversammlung usw.) und arbeiteten am qualitativen und quantitativen Ausbau der gemeinsamen Leistungen zum Wohle der älteren Bürger.

Die starke Kontroll- und Planorientierung der DDR wird aus dem Versuch deutlich, auf der Basis von Hausbesuchen durch Mitglieder „gesellschaftlicher Organisationen“ die Altersrentner nach den Kriterien der medizinischen und sozialen Betreuung auf Karteikarten zu erfassen⁴². Aufwand und Realisierbarkeit führten schnell zu nur allgemeinen Betreuungs-Indizes für die Festlegung eines Grades der Betreuungsbedürftigkeit oder auch Art und Notwendigkeit von Hilfsmaßnahmen. Parallel dazu wurden sogenannte Leiteinrichtungen geschaffen, die auf örtlicher Ebene für die Organisation der komplexen Betreuung verantwortlich waren (vornehmlich für die Zuweisung eines Pflegeheimplatzes).⁴³ Auch hier wurde die individuelle Situation der betreuungsbedürftigen Menschen auf Karteikarten erfasst, ohne jedoch eine lückenlose Erfassung aller Senioren anzustreben.

Bedeutend ist, dass alle Maßnahmen dem Wunsch nach Selbständigkeit in der Haushaltsführung älterer Menschen nachkamen. Es wurden Grundsätze für eine sogenannte altersgerechte Wohnung

³⁸ Verfassung der DDR vom 6.4.1968 (GBI. I, Nr. 8 vom 9.4.1968, Seite 199) sowie Ergänzungen vom 7.10.1974.

³⁹ Im Folgenden im Sinne des Sprachgebrauch der DDR als „Komplex“ bezeichnet.

⁴⁰ Mitteilungen des Ministerrates der Deutschen Demokratischen Republik vom 17.06.1969.

⁴¹ Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen vom 21.04.1970.

⁴² Richtlinie des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR an die örtlichen Räte von 1970.

⁴³ Die Bezeichnung der Leitstellen war unterschiedlich, z.B. Geriatriische Leitstelle oder Sozialmedizinische Betreuungsstelle.

aufgestellt und im Rahmen des Wohnungsbauprogramms der DDR gezielt Altersrentner in den Neubaugebieten angesiedelt. Daraus entwickelte sich der Bau von sogenannten Rentnerwohnhäusern, die keine Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens waren, sondern durch die kommunale Wohnungsverwaltung zugewiesen wurden. Im Unterschied zu dezentralen altersgerechten Wohnungen konnten hier „zentral“ Dienstleistungen in Anspruch genommen werden (insbesondere Grundbetreuung im Erkrankungsfall, Hauswirtschaftspflegeleistung oder Mittagessenversorgung). 1986 gab es in der DDR 437 Altenwohnhäuser mit 33.875 Plätzen und einem rechnerischen Versorgungsgrad von 1,24 Plätzen je 100 Senioren.

Die tragende Säule bei der sozialen und pflegerischen Betreuung älterer Menschen in der DDR war die Volkssolidarität. Zu ihren Aufgaben zählten u.a. die Hauswirtschaftspflege (wie z.B. Einkaufen, Reinigung und Heizung), die Organisation einer (zentralen) Mittagessenversorgung, Altenklubs und -treffpunkte sowie die Leitung vieler Feierabend- und Pflegeheime. Als ambulanter Richtwert wurden z.B. rd. 20 Rentner/Haushalte pro „Volkshelfer“ angegeben. Aber auch andere Organisationen wie das DRK oder die FDJ waren im Rahmen der Vereinbarung von 1969 fest in die „komplexe Betreuung der älteren Bürger“ integriert.

Die Kosten dieses hohen Anspruchs zur Bewältigung vielfältiger Alltagsprobleme im Alter trug grundsätzlich der Staatshaushalt der DDR. Neben dem gesetzlichen Anspruch auf Pflegegeld (das im Pflegeheim ruht bzw. dann als Pflegesachleistung zu interpretieren ist) mussten Senioren nur geringe Beiträge zur Finanzierung leisten. Die Heimbewohner hatten z.B. nur für die Unterkunft, Verpflegung sowie die Formen der fürsorgerischen oder kulturellen Betreuung einen monatlichen Beitrag von 105,- Mark in Feierabendheimen und in Pflegeheimen 120,- Mark zu entrichten. Die Kosten der Pflege und der medizinischen Betreuung⁴⁴ übernahm der Staatshaushalt.

Dabei kam den Gemeindeschwestern⁴⁵ eine zentrale Rolle bei der medizinischen Betreuung der älteren Menschen im privaten/eigenen Haushalt zu. Von sogenannten Stationen oder Stützpunkten ausgehend nahmen Gemeindeschwestern in erster Linie medizinische, darüber hinaus auch soziale Aufgaben wahr (Hausbesuche und Sprechstunden am Stützpunkt). Ihre Tätigkeit in den Wohngebieten war selbstständig und eigenverantwortlich. Sie waren befugt, mit staatlichen und gesellschaftlichen Organen im Interesse der Patientenbetreuung zusammenzuarbeiten. Zu ihren Aufgaben gehörten z.B. erforderliche Betreuungsmaßnahmen einzuleiten und zu kontrollieren. Auf sozialem Gebiet sicherte die Gemeindeschwester auch die Organisation der Hauskrankenpflege, nahm die Ermittlung der Pflegeeinstufung oder bereitete die Pflegeheimaufnahme vor. Obwohl das Aufgabengebiet der Gemeindeschwestern allgemein definiert war, gab es in Städten rd. 95% geriatrische Betreuungsfälle. Auf dem Land hingegen nur 30-50%. (vgl. PICKENHAIN/RIES 1988: 590).

In den drei Thüringer Bezirken bestanden 1990 1.067 Gemeindeschwesternstationen (vgl. HEUNEMANN 1992: 167). Im Verhältnis zur Gebietsgliederung von 1990 mit rd. 1.700 Gemeinden entspricht das einer Gemeindeabdeckung von nur rd. 63%. Mit dem Ergebnis der kommunalen Neugliederung seit 1990 und der daraus resultierenden Anpassung der Gemeindestruktur an die örtlichen Gegebenheiten (1019 Gemeinden, s. Abschnitt 2.3.6), kann aber von einer vollständigen Gemeindeabdeckung durch Gemeindeschwesternstationen ausgegangen werden.

Die Feierabend- und Pflegeheime der DDR waren Wohnstätten für Bürger, die auf Grund ihres Alters oder ihres Gesundheits- und Körperzustandes der Betreuung bzw. Pflege bedurften. In der DDR lebten etwa 5% der Senioren in Heimen. Ein Heimbetreuungsbedarf ergab sich per Definition als Folge einer von der Familien nicht mehr oder nicht mehr ausreichend gewährleisteten Betreuung (vgl. PICKENHAIN/RIES 1988: 591). Die Pflege wird demnach von der ständigen ärztlichen Behandlung (Krankenhaus) eindeutig unterschieden. Zur Einstufung dieser Pflegebedürftigkeit sah das System drei Pflegestufen vor.

- Pflegestufe 1: Heimbewohner mit eingeschränktem Kontakt zur Außenwelt infolge geminderten Hör-, Seh- und Sprechvermögen sowie eingeschränkter Beweglichkeit, die keine intensive Hilfe durch eine zweite Person erfordert.
- Pflegestufe 2: Heimbewohner mit Inkontinenzerscheinungen und stark eingeschränkter Selbständigkeit sowie Veränderungen der Persönlichkeit, die einer ständigen Aufsicht, Führung und Hilfe durch eine

⁴⁴ Einschließlich der Arzneimittelversorgung und anderer medizinischer Sachleistungen (wie Rollstuhl oder Gehhilfen).

⁴⁵ Voraussetzung einer Gemeindeschwester ist die Anerkennung als Krankenschwester mit einer Zusatzqualifizierung „Fachschwester Gemeindeschwester“.

Zweitperson bedürfen (insbesondere hinsichtlich der Beaufsichtigung der Körperhygiene sowie Eß- und Wohnkultur).

- Pflegestufe 3: Heimbewohner, die einer ständigen intensiven Pflege und Betreuung bedürfen.

Zur Einstufung der Pflegestufen 2 und 3 wurde ein einfacher Katalog täglicher Hilfen formuliert, der u.a. die Punkte Körperpflege, Ankleiden, Nahrungsaufnahme, Darm- und Blasenentleerung oder Dekubitusprophylaxe (Verhütung von Wundliegen) umfasste.

Aufgrund schlechter Wohnverhältnisse und den geringen Kosten (da hoch subventioniert) zogen auch viele jüngere und aktive Senioren in die Feierabend- und Pflegeheime ein. Durch die generelle Kostenübernahme des Staates haben sich die Feierabend- und Pflegeheime in den Wohngebieten zu Betreuungszentren für Senioren entwickelt. Generell konnten die Senioren des Wohngebietes (auch ohne Pflegebedürftigkeit) die Leistungen und Angebote meist unentgeltlich nutzen (kulturelle Veranstaltungen, Arbeitstherapie, Mittagessenversorgung oder Nutzung der sanitären und therapeutischen Anlagen usw.). Auch eine Art von Kurzzeitpflege war vorgesehen, die sogar eine vorübergehende Aufnahme während einer Kälteperiode vorsah.

Zu den charakteristischen Elementen des Heimkonzeptes gehörte die Arbeitstherapie,⁴⁶ die z.B. mit Werkstattarbeit und einem finanziellen Ausgleich (Lohn) über die Ergotherapie der Bundesrepublik weit hinausging. Aber auch die Physio- oder Bewegungstherapie gehörten zum Heimkonzept.

Aus dieser Offenheit der Feierabend- und Pflegeheime wurden seit Beginn der 80er Jahre Tagesbetreuungsstätten für Senioren entwickelt. Ziel war es, tagesstrukturierende Angebote für Senioren bereitzustellen, deren soziale Betreuung im Wohngebiet nicht garantiert, aber eine Heimaufnahme nicht indiziert war bzw. noch nicht realisiert werden konnte. Die Tagesbetreuung schloss den Transport durch „Kraftfahrzeuge staatlicher Einrichtungen“ ein.

Beachtlich ist, dass der hier kurz geschilderte gesetzliche und organisatorische Rahmen der Betreuung und Pflege in der DDR darüber hinaus weiterführende Perspektiven, Entwicklungen und Bedürfnisse der Senioren einschloss. So wird z.B. festgestellt, dass „die Atmosphäre in den Pflegeheimen“ entscheidend ist, und eine Heimaufnahme eine tiefgreifende Lebensveränderung bedeutet. Eine breite Palette differenzierter Angebote zur Lebensgestaltung war deshalb erforderlich, um den Heimbewohnern ihre „gesellschaftliche Integration“ zu erhalten. Das beinhaltete ausdrücklich auch die Möglichkeit der „Ausübung religiöser Handlungen“ (umfassend bei PICKENHAIN/RIES (1988) dargestellt). Aber auch die unmittelbare nachberufliche Lebensphase wurde im Sinne der „komplexen Aufgaben“ integriert. Das Arbeitsgesetzbuch der DDR⁴⁷ forderte von den Betrieben nicht nur die Schaffung von Arbeitsplätzen für Werktätige im höheren Lebensalter, sondern die „Veteranen der Arbeit“ hatten nach dem Ausscheiden aus ihrem Betrieb u.a. das Recht, die Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens zu nutzen, am Werkküchenessen teilzunehmen und wurden bei der Vergabe von Ferienplätzen auch weiterhin berücksichtigt (vgl. SCHWITZER/KOHNERT 1982).

Tab. 2-5: Versorgungsgrad der komplexen Betreuung der Bürger im höheren Lebensalter in der DDR

	Versorgungsgrad: jeweils in Betreuten/Versorgten je 100 Senioren			
	Rentnerwohnhäuser	Hauswirtschaftspflege	Mittagessenversorgung	Feierabend und Pflegeheime
1970	0,09	0,41	0,87	2,89
1986	1,24	3,02	7,21	5,08

(Quelle: PICKENHAIN/RIES 1988)

Für die Zukunft wurde in der DDR von einer Schwerpunktverschiebung des Heimangebotes ausgegangen, dass zu einer Abnahme der Feierabendheimplätze zugunsten einer Zunahme von Pflegeheimplätzen führen sollte. Der Typ Feierabendheim verlor demnach seine frühere Bedeutung, da von Senioren die Rentnerwohnhäuser bevorzugt wurden. Die zukünftigen Aufgaben sollten „planmäßig“ angegangen werden. Es wurde davon ausgegangen, dass „unter den sozialistischen Bedingungen“ objektiv die Voraussetzungen gegeben waren, um die Persönlichkeitsentwicklung und die vollkommene soziale Integration der Bürger bis ins hohe Alter zu sichern (vgl. SCHWITZER/KOHNERT 1982).

⁴⁶ Heute überwiegend mit Ergo- und Beschäftigungstherapie bezeichnet.

⁴⁷ In Kraft getreten am 01.01.1978.

Zum Forschungsgegenstand Gerontologie und Altenhilfe (umfassend bei PICKENHAIN/RIES 1988 oder SCHMIDT/KALBE 1982) wurde in der DDR auch ein philosophisch/ideologischer und stark klassenkämpferischer Überbau entwickelt (vgl. GROTH 1982). Die gesellschaftspolitische Stellung und Einordnung der Senioren wurde marxistisch-leninistisch vollzogen und begründet. Eindrucksvoll ist das bei GUTSCHE/HAHN/SCHWITZER (1982) mit der „Entwicklung der Persönlichkeit und Lebensweise älterer Bürger in der entwickelten sozialistischen Gesellschaft“ beschrieben. Kern dieser Einstellung ist die kapitalistische „Ausbeutungs- und Verwertungshaltung“ und die sich daraus ergebende Gering- und Nichtwürdigung des unproduktiven Alters. Altsein wird in der bürgerlichen/kapitalistischen Gesellschaft vorwiegend als Abhandensein, als Verlust von Merkmalen vorhergehender Lebensphasen begriffen (Defizitmodell). Der auf die Arbeitskraft reduzierte Wert des Menschen als Ware wird folglich im Alter abgewertet und führt dazu, dass ein alter Mensch in einer kapitalistischen Gesellschaft nur eine Belastung darstellt. Wobei gleichzeitig kennzeichnend für die bürgerliche Gesellschaft und Ideologie ist, dass diese durchaus bei der Bewertung des Alters eine Trennung nach Arbeitskräfte (Arbeiter) und Kapitalbesitzer (Kapitalist) vollzieht. Die Unabhängigkeit des Kapitals vom biologisch-physischen Alterungsprozess erlaubt nur dem Kapitalist „alt“ zu sein. Unter sozialistischen Bedingungen bedeutet Altern dagegen nicht die Abnahme der sozialen und materiellen Funktionstüchtigkeit, sondern „Funktionswandel“, „ein Anderswerden“, „Verlagerung von Schwerpunkten“ usw., denn im Sozialismus sind alle „Potenzen und Qualitäten der Persönlichkeitsentwicklung“ eine „unersetzlich und unvergleichbar wichtige“ Bereicherung des gesellschaftlichen Zusammenlebens aller Menschen (GUTSCHE/HAHN/SCHWITZER 1982: 61-71).

Eine Wertung kann nicht Gegenstand dieser Arbeit sein, vielmehr sollten die Wurzeln aufgezeigt werden, die zum Verständnis der (Alten-)Pflege in Thüringen beitragen. Angesichts der generellen Problematik, die zur gleichen Zeit in der alten Bundesrepublik diskutiert wurde, ist von einem ähnlichen wenn nicht sogar gleichen Problemkenntnisstand auszugehen. In der DDR war z.B. auch der Grundsatz der Pflegeversicherung „ambulant vor stationär“ als Anspruch fest verbriefte. SCHWITZER/KOHNERT (1982) beschreiben die Anforderungen für eine größtmögliche selbständige Lebensführung, wie z.B. die Verbesserung der Wohnbedingungen, Nachbarschaftshilfen usw., bereits im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes.

Den Zielen und Vorhaben zur Betreuungs- und Pflegeproblematik stehen aber ohne Zweifel die Missstände der Realität des Alltages in der DDR gegenüber. GEIBLER (1992) spricht sogar von den alten Menschen als der „eigentlichen sozialen Problemgruppe der DDR“, da die Leistungen der sozialistischen Sozialpolitik stark „produktionsorientiert“ waren. Nur erwerbstätige Menschen erhielten staatliche Leistungen, d.h.: „Die Rentner durften am steigenden Lebensstandard in der DDR am wenigsten teilhaben, sie waren die Stiefkinder der sozialistischen Sozialpolitik.“ (GEIBLER 1992: 188). Gerade die Einkommenssituation der Rentner in der DDR war nicht nur absolut, sondern auch relativ zum Durchschnitt der Arbeitnehmer erheblich schlechter als in der Bundesrepublik. So hatte ein Rentnerhaushalt 1988 nur 43% des verfügbaren Einkommens eines Privathaushaltes (in der Bundesrepublik zur gleichen Zeit 68%). Die Rente in der DDR sicherte häufig nur eine Grundversorgung. Bezogen auf die Mindestrente (zwischen 31-38% der Arbeitnehmernettolöhne) geht GEIBLER (1992) sogar davon aus, dass die Rentner in relativer Armut lebten. Der Bevölkerungsanteil unterhalb der Armutsgrenze in der Bundesrepublik lag zwar ähnlich hoch wie der Anteil von 5,4% Mindestrentner in der DDR, doch war die DDR-Armut eine Altersarmut, vorwiegend Frauenarmut und in der Regel auf Dauer angelegt, da alte Menschen sich nicht mehr aus eigener Kraft aus ihrer Randlage befreien konnten. (vgl. u.a. WINKLER 1990 und GEIBLER 1992).

Charakteristisch für Feierabend- und Pflegeheime in der DDR war eine bauliche und städtebauliche Polarisierung. Das eine Extrem bestand aus „alten“ Pflegeheimen, die zuvor Hospitäler oder Siedenheime waren oder in der Kriegs- und Nachkriegszeit in diese umgewidmet wurden (Zweckfremde Bauten wie Schlösser und Burgen). Die überwiegend nicht sanierten oder renovierten Häuser waren baulich meist ungeeignet, und eine übliche Zimmerbelegung mit über 10 Betten entsprach kaum dem Ziel des „Wohnens“. Auch der Standort war durch eine städtebauliche Randlage und Isolierung der Bewohner problematisch. Dem standen zahlreiche Neubauten von Feierabend- und Pflegeheimen im Zentrum der Neubausiedlungen gegenüber. Die Qualität und Ausstattung war ungleich höher, aber auch mit einer hohen Platzkapazität und Auslastung verbunden. Die Heimneubauten führten aufgrund der Bedarfslage, die aus dem ständigen Wohnraummangel in der DDR entstand (mit Heimeinzug wurde entsprechend Wohnraumkapazität frei), zu keiner quantitativen

und qualitativen Verbesserung. Desolate Heime wurden nicht geschlossen und die Zimmerüberbelegungen in den Neubauten nahm drastisch zu. Kennzeichnend für die allgemeine Situation war weniger eine „planmäßige“ Verbesserung der Lebensqualität, sondern mehr die quantitative Infrastrukturversorgung, um in anderen Bereichen Kapazitäten freizustellen.

Die generelle Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit ist aber nicht DDR-spezifisch. Bei einer kritischen Betrachtung der DDR im Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens ist der ganzheitliche, stark ehrenamtliche und für die Betroffenen kostenneutrale Ansatz positiv hervorzuheben. SCHWITZER/KOHNERT (1982) stellen jedoch überspitzt diese Solidarität der gesamten Gesellschaft als „Vorzüge des Lebens in einer sozialistischen Gesellschaft“ dar. Die mediale wie wissenschaftliche Diskussion über den Charakter der DDR ist hier nicht beabsichtigt. Die durch JARAUSCH (1998) vorgenommene begriffliche Einordnung der DDR (des realen Sozialismus) als Fürsorgediktatur erscheint gerade mit Blick auf die individuellen Erinnerungen der Menschen als zutreffend.⁴⁸ Was bleibt sind heute noch teilweise desolate Pflegeheime⁴⁹ und strukturelle Probleme bei den Heimbewohnern⁵⁰.

Mit der politischen Wende 1989/90 in der DDR und der folgenden Wiedervereinigung wurden in allen Bereichen die tatsächlichen Missstände und Probleme der DDR deutlich und die Menschen mussten sich förmlich über Nacht mit einer neuen Rechts- und Sozialordnung vertraut machen. Die damit einhergehenden umfangreichen Brüche in den Lebensperspektiven, Anpassungsproblemen und Mentalitätsunterschieden der Menschen, speziell der älteren Menschen (vgl. JARAUSCH 1998; SCHWITZER/WINKLER 1993; WINKLER 1994), würden über den Rahmen dieser Arbeit weit hinausführen. Die zusammengebrochenen Leitbilder und die Orientierungslosigkeit verbunden mit der Frage nach dem Sinn des Lebens, werden treffend durch den Satz von STEFAN HEYM zusammengefasst: „Ich kann doch nicht mein ganzes Leben wegwerfen“.⁵¹

Charakteristisch für die Senioren in der Nachwendezeit war ein noch weitestgehend nivelliertes und deutlich niedrigeres Lebensniveau, gemessen an den alten Bundesländern (Rentenhöhe, Vermögen, Wohnungsgröße und -ausstattung usw.). Durch nur langsame Rentenerhöhungen⁵² verbunden mit dem Abbau subventionierter Preise und staatlicher Unterstützungen⁵³ verschlechterte sich die effektive Einkommenslage der Rentnerhaushalte: bei den über 70-jährigen Frauen empfanden im Oktober 1991 etwa die Hälfte ihr Haushaltseinkommen als nicht mehr ausreichend⁵⁴. SCHWITZER (1992) sah eine Altersarmut besonders für viele Frauen als vorprogrammiert an. Ebenso traf die Preissteigerung die Feierabend- und Altenheime: Die Kosten für einen Platz stiegen von 1990 (zwischen 105 und 120 Mark) um das 15- bis 17fache auf durchschnittlich 1.800 DM im Juli 1991. Das führte dazu, dass nahezu jeder Bewohner auf Sozialhilfe angewiesen war bzw. nach dem geltenden Sozialhilferecht das Vermögen der Heimbewohner und der unterhaltspflichtigen Angehörigen zur Finanzierung herangezogen wurde.

Das soziale Versorgungssystem der DDR wurde im Zuge der Wiedervereinigung fast vollständig aufgelöst. Es musste daher relativ schnell eine Angleichung und Anpassung des DDR Altenhilfe- und Pflegesystems an die Bundesrepublik vorgenommen und Übergangslösungen kurzfristig erarbeitet werden. Für die Pflegeheime waren es dagegen überwiegend langfristige bauliche Fristsetzungen zur Erfüllung von Mindeststandards. Im ambulanten Bereich wurden durch die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege Sozialstationen errichtet. Die dringlichste und größte Herausforderung war jedoch die allgemeine Wohnsituation. Nur rund 36% der Senioren wohnten in modern ausgestatteten Wohnungen, 600.000 Senioren hatten weder ein Bad noch ein Innen-WC.⁵⁵

⁴⁸ JARAUSCH (1998) versucht durch die Formulierung „Fürsorgediktatur“ einige der Hauptschwächen des üblichen Totalitarismusbegriffs wie des Modernisierungsansatzes dadurch zu beheben, dass der emanzipatorische Anspruch des „zweiten deutschen Staates“ in Beziehung zu einer repressiven Herrschaftspraxis gesetzt und die DDR explizit als ein spannungsgeladenes Konfliktsystem behandelt wird (durch den ideologischen Anspruch des Aufbaus einer sozialistischen Gleichheit und Sicherheit).

⁴⁹ Viele Ersatzneubauten und Sanierungsvorhaben konnten erst ab 1998/1999 realisiert werden.

⁵⁰ Durch zugewiesene Heimplätze an nichtpflegebedürftige aber auch nicht betreuungsbedürftige Menschen gibt es seit Einführung der Pflegeversicherung viele Bewohner, die zwar fehlbelegt aber zu einer selbständigen Lebensführung nicht mehr in der Lage sind.

⁵¹ RADDATZ, FRITZ J.: Ich kann doch nicht mein Leben wegwerfen. Ein ZEIT-Gespräch mit STEFAN HEYM, In: DIE ZEIT vom 6.12.1991.

⁵² Rentenniveaueinpassung im Rahmen der Sozialunion vom 1.7.1990; aber auch durch das Rentenüberleitungsgesetz.

⁵³ Zwischen Juli 1990 und Oktober 1991 erhöhte sich z.B. die Wohnungsmiete um 313%.

⁵⁴ Quelle: INSTITUT FÜR SOZIOLOGIE UND SOZIALPOLITIK (ISS): Datensatz „Frauenreport Brandenburg 91“.

⁵⁵ Quelle: KURATORIUM DEUTSCHE ALTENHILFE: Presse- und Informationsdienst. Nr. 4/1991. S. 8.

Durch Soforthilfen und -programme der Bundesregierung wurde versucht, sowohl die sich schnell verschlechternde Situation der Senioren zu mildern, als auch die infrastrukturelle Situation zu verbessern⁵⁶. SCHWITZER (1992) bemerkt dazu, dass aufgrund anderer historischer Entwicklungen und sozialen Erfahrungen die ehemaligen DDR-Bürger vor allem Hilfe und Unterstützung vom Staat erwarten: Zwar würden sich 80% zunächst an die Familie und Kinder wenden. Wenn dort keine Hilfeleistung und Unterstützung möglich ist, würden an 2. Stelle andere Verwandte und an 3. Stelle Freunde und Bekannte folgen. Erst dann würde man an das Sozialamt herantreten, nicht oder kaum jedoch an kirchliche Sozialdienste, freie Wohlfahrtsverbände und Selbsthilfegruppen. Es wird deutlich, dass insbesondere die Älteren von der Verantwortung des Staates für die soziale Sicherheit ausgehen, wenn keine anderen privaten Möglichkeiten mehr bestehen.

Die Situation in den neuen Bundesländern verdeutlichte die Notwendigkeit einer finanziellen und organisatorischen Neuregelung der Altenhilfe und Pflege. Möglicherweise waren daher die ersten Jahre nach der Wiedervereinigung ein zusätzlicher Anstoß zur Implementierung der Pflegeversicherung. An erster Stelle standen vor allem Fragen zum baulich-technischen Zustand der Pflegeheime, zu kurz- und mittelfristigen Investitionsmaßnahmen sowie zu generellen Finanzierungsproblemen (vgl. insbesondere GEHRMANN/ZOBEL 1994, GEHRMANN/ZOBEL 1995). Der Autor hat aber auch anhand einer Umfrage zum 31.12.1994 unter allen Alten- und Behindertenheimen in Thüringen die spezifische Problemsituation in den neuen Bundesländern vor Einführung der Pflegeversicherung aufgezeigt (ZOBEL 1996). Die nur langsame und schrittweise Verbesserung in der Pflege und Betreuung war u.a. auf das Fehlen alternativer Angebotsformen (z.B. Wohnformen) und auf Defizite im schnell errichteten Netz der Sozialstationen zurückzuführen. Beispielsweise lag das sogenannte Umwandlungspotential regional bei bis zu 50% (Bewohner, die eigentlich keine heimgelungene Wohnform benötigten). Der Vergleich mit dem 1. Landespflegeplan (TMSG 1997) macht deutlich, dass sich diese Fragmentierung der Altenhilfe- und Pflegestruktur erst seit Einführung der Pflegeversicherung langsam aufgelöst hat.

Die Vereinigung bot die historische Chance zu einer umfassenden Sozialreform mit dem Ziel, für alle Bürger ein höheres Niveau an Sozialstaatlichkeit und sozialer Sicherung zu realisieren. Die Notwendigkeit eines Handlungsbedarfs resultierte nicht zuletzt auch aus den reichlich vorhandenen Problemen und Mängeln der (alt-)bundesdeutschen Strukturen der sozialen Sicherung, die sich zudem mit der Übertragung auf die neuen Bundesländer teilweise noch verstärkten (vgl. NAEGELE 1992). Lässt man die Einführung der Pflegeversicherung zunächst außer Acht, dann hat auch in der Altenpolitik/-hilfe durch den Transformationsprozess kein ernsthaftes Umdenken stattgefunden.

2.2.3 Soziale Pflegeversicherung – Überblick

Mit der Pflegeversicherung wird erstmalig für einen abgrenzbaren Bereich der sozialen Infrastruktur ein gesetzlicher Rahmen mit eindeutigen Definitionen zu Leistungsberechtigten, Umfang und Art festgelegt. Der nachfolgende kurze Überblick zu Inhalten und Bestimmungen der Pflegeversicherung ist daher für die empirischen Analysen notwendig, ohne jedoch Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben oder einen Diskussionsschwerpunkt in der vorliegenden Arbeit bilden zu wollen. Ziel ist Ableitung und Qualifizierung spezifischer Fragestellungen.

Am 22. April 1994 wurde das Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG) verabschiedet⁵⁷ und die soziale Pflegeversicherung als 11. Buch in das Sozialgesetzbuch eingefügt.⁵⁸ Die ambulanten und stationären Leistungen der Pflegeversicherung wurden in zwei Stufen 1995 und 1996 eingeführt. Die Pflegeversicherung hat zum Ziel, die soziale Absicherung von Pflegebedürftigen umfassend zu verbessern und auf eine neue Grundlage zu stellen. Der Pflegeversicherung vorausgegangen waren:

- 1988 mit dem Gesundheitsreformgesetz die Einführung der Krankenkassenleistungen bei häuslicher Pflege

⁵⁶ Soforthilfeprogramm der Bundesregierung im Haushaltsjahr 1990 für das Gesundheitssystem in den neuen Bundesländern (rd. 150 Mio. DM für die Altenhilfeeinrichtungen) oder Soforthilfeprojekt des Ministeriums für Familie und Senioren für Investitionen in Alten- und Behindertenheimen sowie für den Aufbau von Sozialstationen (rd. 40 Mio. DM).

⁵⁷ Unter dem Pflegeversicherungsgesetz wird nicht nur die eigentliche soziale Pflegeversicherung verstanden, sondern das gesamte Gesetzgebungswerk zur Pflege, einschließlich der Änderungs- und Überleitungsvorschriften und der Änderung des Gesetzes zur Entgeltfortzahlung an Feiertagen und im Krankheitsfall.

⁵⁸ Abgekürzt mit SGB XI. Das SGB XI stellt den eigentlichen Kern, d.h. die eigentliche Pflegeversicherung dar. Aufgrund des geringeren Stellenwertes der privaten Pflegeversicherung wird bei den anschließenden Ausführungen nur auf die gesetzliche Pflegeversicherung (GPV) eingegangen.

- 1990 mit der Steuerreform die Steuererleichterung für Pflegebedürftige und Pflegepersonen
- 1992 mit der Rentenreform die Berücksichtigung von Pflegezeiten in der Rentenversicherung

Um die unbefriedigende Situation bei der sozialen Absicherung Pflegebedürftiger und ihren Angehörigen zu verbessern, wurde folgende Zielstellung zugrundegelegt (vgl. BMA 1998: 8f):

1. Mit der Pflegeversicherung soll das Risiko der Pflegebedürftigkeit vergleichbar mit den anderen sozialen Versicherungen abgesichert werden.
2. Die Pflegeversicherung soll dazu beitragen, die aus der Pflegebedürftigkeit entstehenden physischen, psychischen und finanziellen Belastungen zu mildern. Sie soll die Grundversorgung sicherstellen, die im Regelfall ausreicht, die pflegebedingten Aufwendungen abzudecken, und dadurch gewährleisten, dass in der weit überwiegenden Zahl der Fälle die Betroffenen aufgrund der Pflegebedürftigkeit nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen sind.
3. Die Pflegeversicherung soll der künftigen demographischen Entwicklung, die durch steigende Lebenserwartung und die Zunahme des Anteils der älteren Menschen gekennzeichnet ist, Rechnung tragen.
4. Die Leistungen der Pflegeversicherung orientieren sich an den Grundsätzen „Prävention und Rehabilitation vor Pflege, ambulante vor stationärer Pflege und teilstationäre vor vollstationäre Pflege“.
5. Die Pflegeversicherung stellt vorrangig Hilfen zur häuslichen Pflege zur Verfügung, um den Pflegebedürftigen möglichst lange das Verbleiben in der gewohnten häuslichen und familiären Umgebung zu ermöglichen.
6. Die soziale Sicherung der nicht gewerblichen Pflegepersonen (z.B. Angehörigen, Nachbarn) soll verbessert werden, um die Pflegebereitschaft im häuslichen Bereich zu fördern. Damit soll der hohe Einsatz der Pflegepersonen anerkannt werden, die wegen der Pflegetätigkeit auch häufig auf eine eigene Berufstätigkeit ganz oder teilweise verzichten.
7. Die Pflegeversicherung und ihre Leistungen sollen dazu beitragen, dass die Pflegeinfrastruktur in der Bundesrepublik Deutschland weiter auf- und ausgebaut wird. Die Pflege braucht ein durch ambulante soziale Dienste sowie teilstationäre und vollstationäre Einrichtungen gestütztes sicheres Fundament. Zur Förderung des Wettbewerbes wird dabei zunächst die Zulassung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen als Leistungserbringer nicht vom Bedarf abhängig gemacht.

Die Pflegeversicherung ist als *Teilkaskoversicherung* konzipiert. Obwohl sie bei der gesetzlichen Krankenversicherung angesiedelt wurde, werden mit dem SGB XI andere Ziele verfolgt. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung orientieren sich an den drohenden oder eingetretenen Krankheiten und sind grundsätzlich umfassend ausgestaltet.⁵⁹ Von Zuzahlungen o.ä. abgesehen ist der Anspruch auf Krankenbehandlung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse regelmäßig weder in der Höhe noch zeitlich begrenzt.

Diese Ausgangslage gilt nicht für die Pflegeversicherung. Es soll lediglich eine solidarische Unterstützung angeboten werden, die dem Einzelnen eine „Grundversorgung“ ermöglicht.⁶⁰ In der Begründung zum § 1 Abs. 4 SGB XI⁶¹ heißt es: „§ 1 Absatz 4 legt den Aufgabenbereich der Pflegeversicherung fest. Sie soll dem Pflegebedürftigen Hilfen zur Verfügung stellen, die aufgrund des Ausmaßes ihrer Pflegebedürftigkeit in einer Weise belastet sind, dass ein Eintreten der Solidargemeinschaft notwendig wird, um eine Überforderung der Leistungskraft des Pflegebedürftigen und seiner Familie zu verhindern.“ Ergänzend legen die allgemeinen Grundsätze der Pflegeversicherung fest⁶²: „... Die Pflegeversicherung habe nicht zum Ziel, eine „RundumPflege und Betreuung“ sicherzustellen, sondern sie soll eine Grundversorgung gewährleisten, die im „Regelfall aus-

⁵⁹ Ist eine bestimmte Maßnahme notwendig, so besteht ein Anspruch, der den tatsächlichen Erfordernissen Rechnung trägt.

⁶⁰ Dieser Charakter wird im § 1 Abs. 4 SGB XI deutlich: „solidarischen Unterstützung“. Jemanden zu unterstützen oder zu entlasten – wie es mit Blick auf die vollstationäre Pflege im § 4 Abs. 2 heißt, bedeutet nicht die Freistellung von den pflegebedingten Kosten. Hinzu kommt, dass vor dem Wort „Hilfe“ weder der Artikel „die“ noch z. B. das Wort „erforderliche“ eingefügt wurde. Es soll also nicht „die Hilfe“ oder die „erforderliche Hilfe“ geleistet werden, sondern eine gewisse, hier bewusst nicht näher umschriebene Hilfe.

⁶¹ Bundestags Drucksache 12/5262: 89

⁶² Bundestags Drucksache 12/5952 (Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung): 6f

reicht.....“. Mit der Formulierung „im Regelfall“ ist keine Versorgung gemeint, die regelmäßig so umfassend ist, dass alle notwendigen Aufwendungen davon gedeckt werden können.

Die Pflegeversicherung ist als soziale und private *Pflichtversicherung* konzipiert und schließt daher die gesamte in der Bundesrepublik wohnhafte Bevölkerung ein.⁶³ Die Pflegeversicherung definiert erstmalig einheitlich und übergreifend Pflege- und Hilfsbedürftigkeit. Pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind solche Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (§14 Abs. 1 SGB XI). Das zentrale Kriterium für die Pflegebedürftigkeit ist danach die Hilflosigkeit des Pflegebedürftigen für gewöhnliche und wiederkehrende Verrichtungen des täglichen Lebens. Neu war die Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises.⁶⁴ Nicht nur Schwer- und Schwerstpflegebedürftige gelten als leistungsberechtigt, sondern auch Personen, die in erheblichem Maße pflegebedürftig sind. Weiter setzt diese Definition voraus, dass die Hilfebedürftigkeit auf Dauer, d.h. mindestens für sechs Monate, vorliegt (s. Anlage I - 1.2).

Die Pflegeversicherung soll gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung ausgleichen und bewältigen helfen. Die Hilfeleistung besteht darin, einen anderen Menschen bei den Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens zu unterstützen, die Verrichtungen ganz oder teilweise zu übernehmen oder ihn dabei zu beaufsichtigen und anzuleiten. Ziel der Hilfe ist es, soweit wie möglich die eigenständige Übernahme der Verrichtungen durch die pflegebedürftige Person zu erreichen und damit ihre Selbständigkeit bestmöglich zu erhalten (zu gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens s. Anlage I - 1.2).

Die Leistungen der Pflegeversicherung richten sich nach dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedarf) und werden in drei Pflegestufen unterteilt (§ 15 I SGB XI). Die Einstufung ist maßgeblich für die Höhe der gewährten Leistungen.⁶⁵

- Pflegestufe 1 (erheblich Pflegebedürftige)
- Pflegestufe 2 (Schwerpflegebedürftige)
- Pflegestufe 3 (Schwerstpflegebedürftige)

Mit den Pflegezielen beschreibt die Pflegeversicherung u.a. die Selbstbestimmung, den Vorrang der häuslichen Pflege, die Eigenverantwortung der Pflegebedürftigen, Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen und die Aufgaben der Pflegekassen (s. Anlage I - 1.5).

2.2.3.1 Leistungen der Pflegeversicherung / Art der Pflege

In der Pflegeversicherung gilt das Sachleistungsprinzip. Zwar werden die Leistungen sowohl als Geldleistung als auch als Sachleistung gewährt, doch wird die Geldleistung lediglich als Sachleistungssurrogat gesehen (Grundsätzlich gilt bei der Leistungsgewährung, dass die häusliche Pflege vor der stationären Pflege Vorrang hat). Die Höhe der Leistungen ist abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit und der Leistungsart (s. Leistungsübersicht in Abb. 2-1 und Anlage I - 1.6).

Ambulante bzw. häuslichen Pflege: Bei der ambulanten bzw. häuslichen Pflege wird unterschieden in Pflegesachleistungen und Pflegegeld bzw. einer Kombination aus beidem. Werden Pflege-

⁶³ Nachfolgend werden nur die für die Arbeit wichtigen Elemente der Pflegeversicherung dargestellt. In Anlage I - 1 werden weitere Grundzüge und relevante Schwerpunkte der Sozialen Pflegeversicherung ergänzt bzw. ausführlicher dargestellt.

⁶⁴ Der Begriff der Pflegebedürftigkeit wurde in der Vergangenheit in den sozialen Leistungsbereichen sehr unterschiedlich definiert:

- Nach dem BSHG sind Personen pflegebedürftig, die infolge Krankheit oder Behinderung so hilflos sind, dass sie nicht ohne Hilfe und Pflege alleine bleiben können (§ 68 BSHG).
- In den §§ 53ff. SGB V (bis 31.03.1995) wurden für die in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Vorschriften über Leistungen bei Schwerstpflegebedürftigen zwischen behandelbarer und unbehandelbarer Pflegebedürftigkeit abgegrenzt. Unbehandelbare sind nach dieser Definition Personen, die keiner ärztlichen Behandlung mehr zugänglich und weder heilungs- noch besserungsfähig sind, weil sie dauerhaft hilflos sind oder an den Folgen natürlicher Altersgebrechlichkeit leiden.
- In der Realität fand oftmals eine Vermischung der beiden Tatbestände Krankheit und Pflegebedürftigkeit statt. Dies führte zum Problem der Differenzierung, denn die Diagnose Krankheit oder Pflegebedürftigkeit hat für den Pflegebedürftigen weitreichende Folgen. Bei Krankheit übernahm die Krankenkasse die Pflegekosten, bei Pflegebedürftigkeit hingegen nicht.

⁶⁵ Personen, die die Anforderungen der Pflegestufe 1 nicht erfüllen werden in die sogenannte Pflegestufe 0 eingestuft. Sie erhalten keine Leistungen der Pflegeversicherung. Zum Grad der Pflegebedürftigkeit s. Anlage I - 1.3, zum Begutachtungsverfahren und der Einstufung s. Anlage I - 1.4 und zu Pflegeleistungen s. Anlage I - 1.6.

bedürftige zuhause durch Fachkräfte gepflegt, werden Grundpflege⁶⁶ und hauswirtschaftliche Versorgung⁶⁷ als Sachleistung gewährt (*Pflegesachleistung nach § 36 SGB XI*). Mit der Pflegesachleistung wird dem einzelnen Pflegebedürftigen nicht nur die benötigte professionelle Hilfe zur Verfügung gestellt, sondern sie soll auch zu einer spürbaren Entlastung der pflegenden Angehörigen führen und einer Überforderung der Pflegepersonen entgegenwirken.⁶⁸ Die Sachleistungen müssen von ambulanten Diensten oder Pflegefachkräften erbracht werden, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag abgeschlossen hat.

Nach wie vor ist die Familie der „größte Pflegedienst der Nation“. Die meisten der pflegebedürftigen Menschen, die einen eigenen Haushalt haben, werden von Familienangehörigen versorgt. Dem Pflegebedürftigen steht ein Wahlrecht zwischen der Sachleistung und der Geldleistung (*Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen nach § 37 SGB XI*) zu. Das Pflegegeld ist ein Pflegesachleistungsersatz mit der Voraussetzung, dass der Pflegebedürftige zuhause gepflegt wird. Das Pflegegeld soll kein Entgelt für die von den Pflegepersonen erbrachten Pflegeleistungen darstellen, sondern den Pflegebedürftigen in die Lage versetzen, den Angehörigen eine materielle Anerkennung für ihren Pflegeeinsatz zukommen zu lassen.⁶⁸ Der Pflegebedürftige muss mit dem Pflegegeld die notwendige Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung selbst sicherstellen. Ist diese nicht gewährleistet, wird das Pflegegeld nicht gewährt. Die Pflegegeldempfänger werden regelmäßig überprüft, ob die Qualität der häuslichen Pflege gesichert ist.⁶⁹

Eine Kombination von Geld und Sachleistung ist ebenfalls möglich (*Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI*). Wenn der Pflegebedürftige die ihm nach § 36 III zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch nimmt, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld. Wenn also die privaten Pflegepersonen nur einen Teil der anfallenden Aufgaben übernehmen können – z.B. aus beruflichen Gründen – kann eine solche Kombination gewählt werden. Grundsätzlich muss der Pflegebedürftige das Verhältnis zwischen Pflegesachleistungen und Pflegegeld im voraus festlegen (z.B. 75 Prozent Pflegesachleistungen und 25 Prozent Pflegegeld sowie einer sechsmonatigen Bindungsfrist).

Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege: Ist die häusliche Pflege eines Pflegebedürftigen nicht ausreichend sichergestellt, besteht ein Anspruch auf teilstationäre Pflege (*Tagespflege nach § 41 SGB XI*) in Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege inklusive deren Fahrdiensten. Mit dieser Regelung soll die Pflegebereitschaft und die Pflegefähigkeit im häuslichen Bereich erhalten und gefördert werden, auch wenn die häusliche Pflege nicht mehr im ausreichenden Umfang sichergestellt werden kann. Teilstationäre Pflege kann nicht zusätzlich zur Pflegesachleistung in Anspruch genommen werden. Die Aufwendungen der Pflegekasse für die teilstationäre Pflege sind begrenzt.

Kann die häusliche Pflege zeitweise nicht, noch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden, und reicht auch die teilstationäre Pflege nicht aus, besteht für eine Übergangszeit im Anschluss an eine stationäre Behandlung oder in sonstigen Krisensituationen, in denen vorübergehend häusliche Pflege oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist, Anspruch auf Pflege in einer vollstationären Einrichtung (*Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI*). Diese Vorschrift will die Pflegepersonen, die die häusliche Pflege sicherstellen, entlasten und verhindern, dass der Pflegebedürftige bei einem Ausfall der Pflegeperson auf Dauer in vollstationäre Pflege überwechseln muss. Leistungen der Kurzzeitpflege werden für längstens vier Wochen im Kalenderjahr gewährt.

Vollstationäre Pflege: Nicht alle Pflegebedürftigen können ganz oder auch nur teilweise zu Hause gepflegt werden. Sie sind auf vollstationäre Betreuung in Pflegeheimen angewiesen. Der Versicherte hat nur dann Anspruch auf vollstationäre Pflege, wenn weder ambulante noch teilstationäre Pflege möglich ist. Dadurch soll der Vorrang der häuslichen Pflege nochmals betont werden. Die Pflegekasse übernimmt bei stationärer Unterbringung die pflegebedingten Aufwendungen bis zu 1.432 EUR monatlich (*Vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI*). In besonderen Härtefällen werden aber auch hier bis zu 1.688 EUR von den Pflegekassen übernommen. Für den stationären Bereich der Pflegeversicherung sind Kostenbegrenzungsinstrumente,

⁶⁶ Begriff „Grundpflege“: Hilfeleistungen bei den personenbezogenen Grundbedürfnissen des täglichen Lebens, die der Pflegebedürftige nicht (mehr) selbst wahrnehmen oder mit dieser Unterstützung verrichten kann. Dies sind Aktivitäten bei der Körperpflege, bei der Ernährung und im Zusammenhang mit der Mobilität des Pflegebedürftigen (§ 14 IV Nr. 1-3 SGB XI).

⁶⁷ Begriff „hauswirtschaftliche Versorgung“: Hilfeleistungen bei den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens hinsichtlich der Ernährung, der Wäsche und des Lebensraums, die der Pflegebedürftige nicht (mehr) selbst wahrnehmen kann. (§ 14 IV Nr. 4 SGB XI).

⁶⁸ Vgl. Bundesregierung: Koalitionsentwurf des Pflegeversicherungs-Gesetzes (PflegeVG) vom 24. Juni 1993, Bundestags Drucksache 12/5262: 111-112.

⁶⁹ Verpflichtung zum regelmäßigen Abruf eines Pflegeeinsatzes durch Pflegeeinrichtung mit Versorgungsvertrag (§ 37 III SGB XI).

z.B. die Festsetzung von durchschnittlichen Pflegekosten und die Begrenzung von Härtefällen auf bis zu 5% der Pflegebedürftigen der Pflegestufe 3, festgeschrieben.

Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung (sogenannte Hotelkosten) sind vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen.⁷⁰ Die Grundlage für diese Zahlungsverpflichtung ist ein privatrechtlich abgeschlossener Heimvertrag. Nach den Vorschriften des Heimgesetzes (§ 4 e) sind das die Leistungen und Entgelte für die allgemeinen Pflegeleistungen (wenn die Maximalbeträge der Pflegeversicherung nicht ausreichen), Unterkunft und Verpflegung (sogenannte Hotelkosten), Investitionskosten und Zusatzleistungen. Diese Kosten variieren in den Einrichtungen und stehen teilweise nicht in direktem Zusammenhang zur Qualität der Einrichtung. Sie resultieren vielmehr aus einer individuellen Pflegesatzvereinbarung der Einrichtung mit den Pflegekassen bezogen auf den Grad der Pflegebedürftigkeit (Voraussetzung ist ein Versorgungsvertrag der Pflegeeinrichtung mit der Pflegekasse). Im zeitlichen Betrachtungsrahmen der vorliegenden Arbeit bis Ende 2001 wurden die Investitionskosten in Thüringen bei den Einrichtungen im Landespflegeplan anteilig über die Pauschalförderung der Pflegeeinrichtungen vom Land übernommen. In Einrichtungen außerhalb der Landespflegeplanung haben die Bewohner die Investitionskosten in voller Höhe zu tragen.

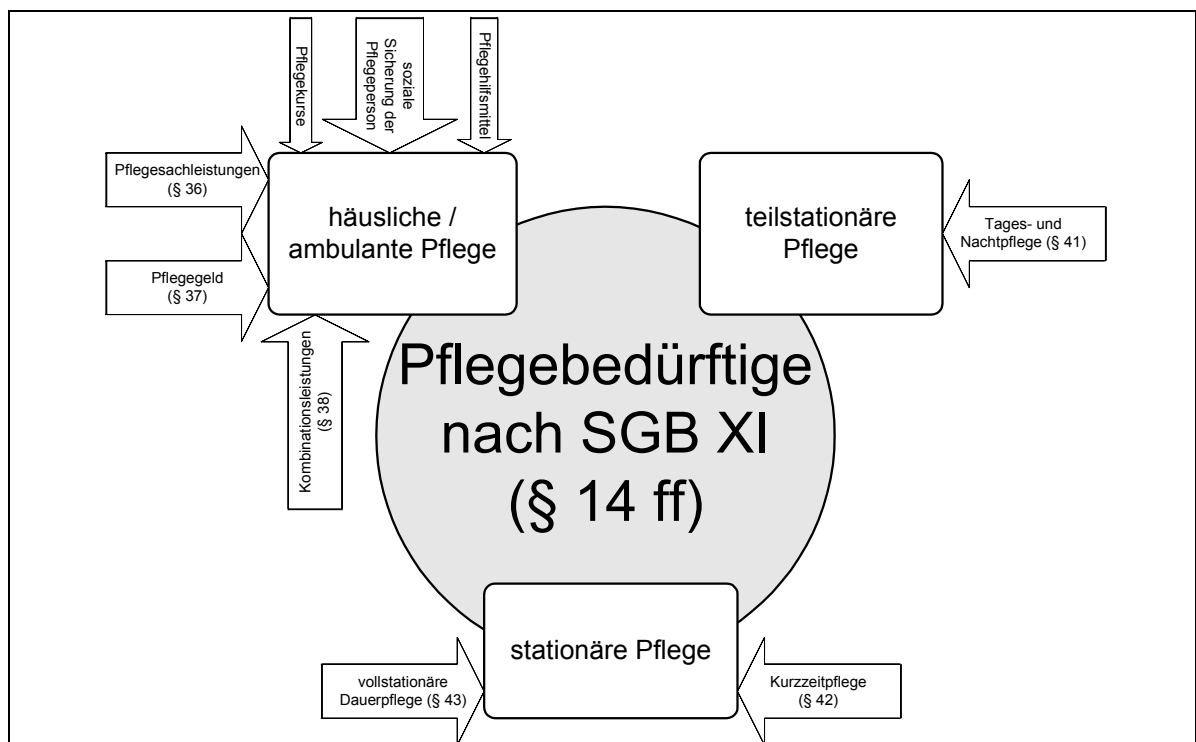


Abb. 2-1: Leistungsübersicht der Pflegeversicherung (eigene Darstellung)

Leistungen des Sozialamtes sind diesem System nachgeordnet und werden gewährt, wenn der Aufenthalt in einer Einrichtung nicht aus eigenen Mitteln oder von Familienangehörigen finanziert und ein eigener Haushalt nicht mehr alleinverantwortlich geführt werden kann.

2.2.3.2 Finanzlage

Der Gesetzlichen Pflegeversicherung liegt wie anderen Sozialversicherungen auch das Umlageverfahren zugrunde. Im PflegeVG sind zahlreiche Maßnahmen vorgesehen, die die Sicherstellung der Finanzierung gewährleisten sollen. Zu den wichtigsten zählen (s. zum Beitragsatz I - 1.7):

- Nur Personen, die nach der Pflegedefinition nach § 14 SGB XI pflegebedürftig sind, haben Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung.
- Die Leistungen der Pflegeversicherung sind in ihrer Höhe begrenzt.
- Die Pflegekassen haben eine gestärkte Position, um mit den Leistungsanbietern günstige Rahmen- bzw. Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen auszuhandeln.

⁷⁰ Pflegebedürftige müssen diese Kosten tragen, die auch „zu Hause“ entstehen würden, wie z.B.: Versorgung mit Speisen und Getränken, Reinigung der Wäsche, Putzen des Wohnraumes, Hausmeisterservice, Kosten für Wasser, Strom und die Müllentsorgung. Auch Zusatzleistungen wie ein luxuriös ausgestattetes Zimmer oder besondere kulturelle Angebote werden nicht von der Kasse bezahlt.

- Der Grundsatz der Beitragsstabilität und die damit verbundene einnahmenorientierte Ausgabenpolitik sollen eine Beitrags- und Kostenexplosion vermeiden.

Insgesamt verfügte die Pflegeversicherung im Jahr 1999 über Einnahmen von 31,92 Mrd. DM. Dem standen Ausgaben von insgesamt 31,98 Mrd. DM gegenüber. Demnach haben 1999 erstmalig seit Bestehen der Pflegeversicherung die Einnahmen nicht die Ausgaben decken können. Das Defizit wurde mit den Rücklagen bzw. dem Überschuss der vergangenen Jahre gedeckt (Rücklage im Jahr 1999: 9,68 Mrd. DM). Die Ausgabenstruktur im Jahr 1999 zeigt, dass nur 4% der Leistungsausgaben auf die Verwaltung einschließlich der Kosten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) entfallen. Die größten Ausgaben entfallen auf die stationäre Pflege mit einem Kostenanteil von 44%. Danach kommen Pflegegeld (26%) und Pflegesachleistungen (13%).

Die Entwicklung seit 1995 hat gezeigt, dass bei der häuslichen Pflege statt des Pflegegeldes zunehmend die wesentlich teureren professionellen Dienste in Anspruch genommen werden. 1995 wurde nur ein Fünftel der Bedürftigen von den Diensten gepflegt, 1997 schon knapp ein Drittel. Die Ausgaben der Pflegeversicherung steigen demnach seit 1995 kontinuierlich an.

Im 2. Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (BMA 2001) heißt es: „Die Pflegeversicherung steht auf einem soliden finanziellen Fundament; die Beitragssatzstabilität ist mittelfristig gesichert. Die soziale Pflegeversicherung weist zum Ende des Jahres 2000 einen Mittelbestand von rd. 9,43 Mrd. DM auf.“ Ferner wird davon auszugehen sein, dass sich bei unveränderter Rechtslage etwa ab 2003 wieder Überschüsse einstellen werden, da die Einnahmen auf der Basis der jüngsten Eckwerte der Bundesregierung etwas schneller wachsen als die Ausgaben. Der gesetzliche Beitragssatz von 1,7 v.H. dürfte damit zumindest mittelfristig gesichert sein (vgl. BMA 2001).

Entgegen den Erwartungen vieler Gegner und Kritiker, die eine Pleite der Pflegeversicherung schon wenige Tage nach ihrem Start vorausgesagt hatten, ist die finanzielle Situation der Pflegeversicherung gegenwärtig noch solide. Dies liegt auch an dem einmaligen und nicht wiederholbaren dreimonatigen Beitragsvorlauf (rd. 4 Mrd. DM). Die Bundesregierung nimmt zwar an, dass in den ersten Jahren des neuen Jahrzehnts die Ausgaben der Pflegeversicherung die Einnahmen übersteigen, jedoch dass Ausmaß dieser Defizite nicht zu einer Unterschreitung der gesetzlichen Mindestreserve führen wird und damit keine Beitragserhöhungen stattfinden werden.

Dem stehen Untersuchungen gegenüber, die vor dem Hintergrund der Bevölkerungsentwicklung von einem dramatischen Anstieg der Pflegefälle ausgehen. SCHULZ/LEIDL/KÖNIG 2001 prognostizieren einen Anstieg der Pflegebedürftigenzahl bis 2020 um 52% auf 2,94 Mio. und bis 2050 auf insgesamt 4,73 Mio. Pflegebedürftiger. Der Beitragssatz von 1,7% dürfte danach keinesfalls ausreichen, denn bei konstanter Ausgabenstruktur des Jahres 1999 werden ausschließlich aufgrund der demographischen Entwicklung die Ausgaben bis 2020 um 54% zunehmen (vgl. SCHULZ/LEIDL/KÖNIG 2001).

2.2.3.3 Zusammenfassung

Trotz der abgestuften Leistungen der Pflegeversicherung ergeben sich Lücken einer angepassten individuellen Pflege. Größte Kritik ist das Fehlen einer Finanzierung bzw. Formulierung der individuellen und zuwendungsorientierten Komponente. Das Stichwort des „Satt Sauber Still Pflegens“ charakterisiert diese Lücke. Ebenso sind Leistungen der teilstationären Pflege begrenzt und müssen als solche bei den nachfolgenden Betrachtungen als reine Hilfe zur Bewältigung einer Krisensituation unabhängig von der allgemeinen Bedarfslage angesehen werden.

Die Leistungen der Pflegeversicherung sind in Abb. 2-1 zusammengefasst. Die einzelnen Leistungsbeträge in Euro sind in Anlage Tab. I-3 aufgeführt. Die dort zusammengefassten Leistungen haben sich teilweise in den letzten Jahren insbesondere für die stationäre Pflege als nicht mehr ausreichend erwiesen.⁷¹ Der Kostendruck zwingt zu immer stärkeren Personalrationalisierungen, die dramatische Folgen für die Pflegequalität haben. In diesem Zusammenhang müssen ebenso die steigenden Hotelkosten sowie Investitionsfolgekosten genannt werden.

Mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz wurden ab dem 01.01.2002 die Leistungen der Pflegeversicherung insbesondere für an Demenz leidender Pflegebedürftiger verbessert. Ein zusätzlicher Betreuungsbetrag in Höhe von 460 EUR (900 DM) pro Kalenderjahr wird zur finanziellen Entlas-

⁷¹ Anders als bei der Rentenversicherung werden die Leistungen der Pflegeversicherung nicht an die Preissteigerungen angepasst.

tung der ambulant betreuten Pflegebedürftigen gewährt, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf festgestellt hat (Zweckbindung für Leistungen der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege).

2.2.4 Rahmendaten und Eckpunkte der Pflegeversicherung

Die Zahl der Leistungsempfänger ist seit Einführung der Pflegeversicherung deutlich gestiegen. Dies ist zum Teil auf Effekte zurückzuführen, die mit der Einführung einer neuen Sozialversicherungsleistung zwangsläufig verbunden sind (wie anfängliche Verzögerungen bei der Begutachtung und Leistungsbewilligung und steigender Bekanntheitsgrad der Leistungen). Aber auch die zunehmende Lebenserwartung führt zu einer steigenden Zahl älterer Menschen mit einem höheren Pflegerisiko (demografischer Effekt). Der Zweite Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (BMA 2001) weist darauf hin, dass sich zukünftig der Anstieg der Pflegebedürftigenzahl im Verhältnis zum bisherigen Verlauf abschwächen wird, da „nur“ der demografische Effekt dauerhaft wirken wird. Im Vergleich zur sozialen Pflegeversicherung ist bei der privaten Pflegepflichtversicherung der prozentuale Anstieg der Pflegebedürftigenzahl fast doppelt so stark. Dieser Anstieg vollzog sich wie in der sozialen Pflegeversicherung überproportional im stationären Bereich. Ursache hierfür ist, dass die durchschnittlich jüngeren Versicherten in den letzten Jahren verstärkt in die Altersgruppen mit einem höheren Pflegerisiko hineingewachsen sind (vgl. BMA 2001).

Im Dezember 1999 waren in Deutschland 2,02 Mill. Menschen pflegebedürftig im Sinne SGB XI. Nahezu drei Viertel (1,44 Mill.) der Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. 28% (575.000) wurden in stationären Pflegeeinrichtungen gepflegt (s. Tab. 2-6).⁷²

- 1,03 Mill. (51%) Pflegebedürftige erhielten ausschließlich Pflegegeld (häusliche Pflege allein durch Angehörige, Nachbarn oder Freunde). Weitere 417.000 Pflegebedürftige (20,6%) erhielten Pflegesach- oder Kombinationsleistungen (auch häusliche Pflege, allerdings zum Teil oder vollständig durch ambulante Pflegedienste). Bundesweit standen hierfür ca. 10.800 zugelassene ambulante Dienste mit 184.000 Beschäftigten zur Verfügung.
- Die 575.000 stationär versorgten Pflegebedürftigen (28,4%) lebten in 8.900 Pflegeeinrichtungen mit rd. 443.000 Beschäftigten⁷³. Die Träger waren zu 57% der Einrichtungen freigemeinnützig, zu 35% privat und zu 8% öffentlich. Jedes vierte Heim hatte neben dem Pflegebereich auch ein Altenheim oder Betreutes Wohnen organisatorisch angeschlossen. Im Durchschnitt betreute ein Heim 65 Pflegebedürftige, wobei die privaten Heime mit 47 Pflegebedürftigen deutlich unter den freigemeinnützigen mit 72 sowie öffentlichen Heimen mit 86 Pflegebedürftigen lagen. 8.073 Pflegeheime boten vollstationäre Dauerpflege an. Das Angebot der anderen Heime setzte sich entweder aus Kurzzeitpflege und/oder Tages- sowie Nachtpflege zusammen. Von den insgesamt 645.000 Heimplätzen fielen 621.000 auf die vollstationäre Dauerpflege. 310.000 Plätze der Dauerpflege befanden sich in Zweibettzimmern (48%) und 248.000 Plätze in Einbettzimmern (40%). Entsprechend dem Charakter als ergänzende oder zeitlich befristete Leistung haben die Leistungsarten Tages- und Nachtpflege sowie die Kurzzeitpflege nur ein geringes Gewicht.

Das Bundesgesundheitsministerium geht davon aus, dass die ambulante Versorgung der pflegebedürftigen Bevölkerung rein quantitativ als ausreichend bezeichnet werden kann, und die derzeitigen Kapazitäten in der stationären Pflege quantitativ als bedarfsgerecht zu bezeichnen sind.⁷⁴

Von den rund 2,02 Mill. Pflegebedürftigen waren rund zwei Drittel 75 Jahre und älter. Das entspricht einem Bevölkerungsanteil an den ab 75-jährigen Einwohnern Deutschlands von rund 23%. Bei den ambulant Pflegebedürftigen waren fast 45% und im stationären Bereich nicht ganz 60% älter als 80 Jahre. Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen sind Frauen. Ihr Anteil an den stationär Pflegebedürftigen ist mit gut 75% deutlich höher als bei den ambulant Pflegebedürftigen (65%).

⁷² Zugleich leben offiziell rund 6,6 Millionen Schwerbehinderte in Deutschland (Menschen mit einem Behinderungsgrad von über 50%). Hinzu kommen 1,4 Millionen mit einfacher Behinderung und eine Dunkelziffer ohne beantragten Schwerbehindertenausweis, die keine sozialen Leistungen beziehen. Insgesamt rechnet man mit einem Behinderten-Anteil von zehn Prozent. Diese Personengruppe hat ähnliche Bedürfnisse und Anforderungen wie die Pflegebedürftigen.

⁷³ 84% der Beschäftigten waren weiblich und 48% der Mitarbeiter waren vollzeitbeschäftigt. Hierzu gehören neben dem Pflegepersonal die Beschäftigten der Verwaltung, der Haustechnik und der Hauswirtschaft.

⁷⁴ Nach Angaben der Pflegekassen haben derzeit rd. 12.900 ambulante und rd. 8.600 vollstationäre Pflegeeinrichtungen einen Versorgungsvertrag.

Weitere markante Merkmale der Pflegebedürftigkeit in Deutschland sind (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2001 und BMA 2001):

- Seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung ist der Anteil der Pflegegeldempfänger zurückgegangen. Dagegen sind die Anteile der Empfänger von Pflegesachleistung, Kombinationsleistung und vollstationärer Pflege jeweils leicht gestiegen. So hat sich das Verhältnis der Empfänger von Pflegegeld und Pflegesachleistung von 84 : 16 im Jahr 1997 zu 81 : 19 im Jahr 1999 verschoben. Insgesamt ist der in den letzten Jahren zu beobachtende Anstieg der Pflegebedürftigenzahlen im stationären Bereich relativ stärker als im ambulanten Bereich.
- In der ambulanten Pflege bildet die Pflegestufe 1 mit 52% die größte Gruppe. In der stationären Pflege ist die Pflegestufe 2 mit 43,4% am stärksten besetzt.
- Schwerstpflegebedürftige werden eher in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt. Der Anteil der Pflegebedürftigen der Stufe 3 beträgt hier 22,4% im Unterschied zu ambulanten Pflegediensten mit 14,4% bzw. den Pflegegeldempfängern mit 9,5%.

Tab. 2-6: Pflegebedürftige in Deutschland zum Jahresende 1999

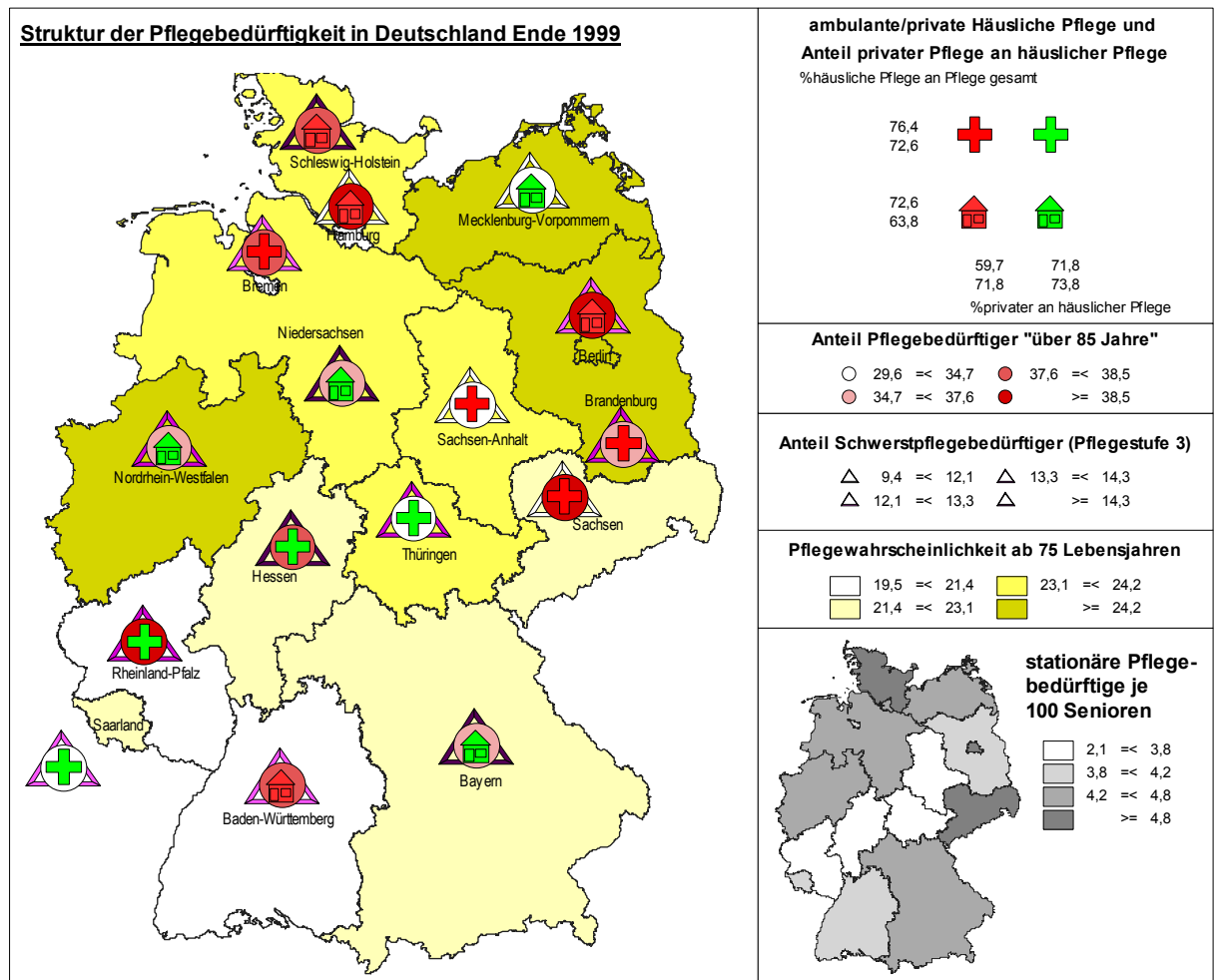
	Insgesamt	Pflegestufe			bisher ohne Zuordnung	Anteil in %
		1	2	3 ^{a)}		
Pflegebedürftige zu Hause versorgt	1.442.880	749.903	535.885	157.092	-	71,6
davon allein durch Angehörige (Pflegegeld)	1.027.591	559.603	370.517	97.471	-	51,0
davon durch ambulante Pflegedienste (auch Kombileistungen)	415.289	190.300	165.368	59.621	-	20,6
Pflegebedürftige in Heimen	573.211	176.573	248.939	128.172	19.527	28,4
Pflegebedürftige insgesamt	2.016.091	926.476	784.824	285.264	19.527	100,0

a) einschließlich Härtefälle (Quelle: STATISTISCHES BUNDESAMT 2001, STATISTISCHES BUNDESAMT 2001B)

Die Struktur der Pflegebedürftigkeit weist zwischen den Bundesländern zum Teil erhebliche Unterschiede auf. In Baden-Württemberg ist die Pflegewahrscheinlichkeit bei den 75-jährigen und älteren Menschen mit knapp 20% am niedrigsten. Eine geringe Pflegewahrscheinlichkeit haben auch Rheinland-Pfalz (21%) sowie die Stadtstaaten Bremen und Hamburg (20% bzw. 21%). Die höchsten Werte weisen Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg (jeweils 27%) auf.⁷⁵ Thüringen liegt mit 23,1% im oberen Mittelfeld. Vereinfacht zeigen sich folgende Grundausrichtungen der Pflegebedürftigkeit in den Bundesländern Deutschlands (Karte 2-3):

- Die Pflegewahrscheinlichkeit ist im Norden Deutschlands höher als im Süden und im Osten Deutschlands höher als im Westen. Generell ist die Pflegewahrscheinlichkeit in den Flächenstaaten höher als in den Stadtstaaten.
- Der Anteil Schwerstpflegebedürftiger (Pflegestufe 3) ist in Sachsen (9,4%) und Sachsen-Anhalt (10,7%) am niedrigsten und in Hessen (17,3%), Bayern (16,6%) und Niedersachsen (16,3%) am höchsten.
- Der Hochbetagtenanteil unter den Pflegebedürftigen ist in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg mit rd. 41% am höchsten. Hingegen weisen Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, das Saarland und Sachsen-Anhalt mit 30 bis 34% relativ „junge“ Pflegebedürftige auf.
- Die stationäre Pflege hat in Schleswig-Holstein mit 36% aller Pflegebedürftigen die größte Bedeutung. Hingegen leben in Thüringen und Brandenburg mit jeweils nur ca. 24% die wenigsten Pflegebedürftigen in Pflegeheimen.
- Dementsprechend erfolgt eine Betreuung allein durch Angehörige insbesondere in Thüringen (56,1%), Hessen (54,0%) und Rheinland-Pfalz (53,5%) am häufigsten und ist in den Stadtstaaten sehr niedrig (z.B. Hamburg mit 40,4% oder Bremen mit 46,3%).
- Schleswig-Holstein weist – auch infolge des hohen stationären Pflegeanteils – ebenfalls einen niedrigen Betreuungsanteil durch Angehörige auf (44,9%).

⁷⁵ Vgl. Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes, Wiesbaden Nr. 417/01 vom 22.01.2001 und STATISTISCHES BUNDESAMT 2001B.



Karte 2-3: Struktur der Pflegebedürftigkeit in Deutschland Ende 1999

Thüringen unterscheidet sich von der bundesweiten Pflegebedürftigenstruktur insbesondere durch eine deutlich höhere Inanspruchnahme von Pflegegeldleistungen und einer demzufolge niedrigeren Inanspruchnahme stationärer Pflegeleistungen. Kapitel 5 wird zeigen, dass die häusliche Pflege in Thüringen eher bis zur Grenze der Belastbarkeit bzw. der familiären/privaten Möglichkeiten ausgeschöpft wird. Ein Umzug in die stationäre Pflege erfolgt dadurch erst deutlich später oder gar nicht (höheres Durchschnittsalter und höherer Grad der Pflegebedürftigkeit in der stationären Pflege). Zahlreiche Übergangslösungen oder eine stärkere Nutzung von ambulanten Pflegediensten ist in Thüringen verhältnismäßig seltener (s. Abschnitt 5.1).

2.2.5 Bisherige Wertung

Die Pflegeversicherung hat sich trotz vielfacher Kritik insbesondere im Zusammenhang mit bekannt gewordenen Missständen in Pflegeheimen zu einem wichtigen Baustein bei der Absicherung sozialer Risiken erwiesen. Die Bundesgesundheitsministerin ULLA SCHMIDT (2001) stellt fest: „Die Pflegeversicherung genießt eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung“. Die Veränderungen durch die Pflegeversicherung werden durch die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen überwiegend positiv bewertet. Eine repräsentative Umfrage durch EMNID vom 2.4.2001 zeigt, dass insgesamt 83% der Meinung sind, dass die Einrichtung der Pflegeversicherung richtig war (Tab. 2-7). Beim Ost-West Vergleich ergibt sich eine geringere Akzeptanz von 79% im Osten. Nach Erfahrungswerten ist diese Einschätzung auf einer subjektiv noch besseren Wertung des DDR-Sozialsystems zurückzuführen. Ebenfalls weniger richtig beurteilt die Altersgruppe der 30 bis 49-jährigen die Einrichtung der Pflegeversicherung. Diese Einschätzung kann auf den Pflegeversicherungsbeitrag der Erwerbstätigen zurückgeführt werden.

Bei der Bewertung der Pflegeversicherung ist zu berücksichtigen, dass bei Einführung Schwächen und Zukunftsrisiken bewusst in Kauf genommen wurden, um den Beginn der Pflegeversicherung nicht weiter zu verschieben oder ein Scheitern des Vorhabens insgesamt zu verhindern. Angesichts

der nach wie vor geltenden Rahmenbedingungen und die festgeschriebenen Leistungen der Pflegeversicherung, insbesondere der gesetzlich festgelegte Beitragssatz von 1,7 %, bestehen für notwendigen und/oder sinnvolle Veränderungen keine oder allenfalls geringe finanzielle Spielräume.

Tab. 2-7: Beurteilung über die Einrichtung der Pflegeversicherung (in Prozent)

Die Einrichtung der Pflegeversicherung war ...	Insgesamt	West	Ost	männlich	weiblich	Altersgruppe		
						18 – 29 Jahre	30 – 49 Jahre	über 50 Jahre
... richtig	83	84	79	84	83	82	79	87
... falsch	11	10	15	11	11	11	19	6
Keine Angabe	5	5	5	5	6	7	3	7

(Quelle: EMNID vom 2.4.2001)

Eine generelle Wertung der Pflegeversicherung ist unter dem Eindruck der demographischen Entwicklung schwierig. Gegenwärtiger Grundtenor zur Pflegeversicherung ist: „Die soziale Pflegeversicherung hilft verlässlich und steht auf festem Fundament“ (vgl. BMA 2001 und SOZIALPOLITISCHE INFORMATIONEN 2/1998). Hervorzuheben sind daher u.a.:

- **Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung:** Der Sozialstaat ist auch in finanziell schwierigen Zeiten umbaufähig und bleibt leistungsfähig. Hilfen im Sinne des Gesetzes kommen zur Zeit zielgenau an.
- **Soziale Sicherung ehrenamtlicher Pflegepersonen:** Die Pflegeversicherung bezieht zum erstenmal ehrenamtliche Pflegepersonen in die Rentenversicherung und in den Schutz der Unfallversicherung ein.
- **Abhängigkeit von der Sozialhilfe reduziert:** Es ist ein deutlicher Rückgang der Sozialhilfe im Pflegefall zu verzeichnen. Bei der ambulanten Pflege wird der weit überwiegende Teil der Pflegebedürftigen von der Sozialhilfe unabhängig.
- **Pflegeinfrastruktur verbessert:** Vor Einführung der Pflegeversicherung gab es erhebliche Defizite in der Pflegeinfrastruktur, vor allem im Bereich der ambulanten Dienste und der Tages- und Kurzzeitpflege. Gesicherte Finanzierung der Pflegekosten, ein Modellprogramm des BMA⁷⁶ sowie ein Investitionshilfeprogramm für die neuen Bundesländer⁷⁷ haben zu einem bedeutenden Ausbau geführt.
- **Der Vorrang der häuslichen Pflege vor der stationären Pflege:** Zumindest anfangs ging der Anteil der Heimunterbringungen zurück (Wartelisten wurden abgebaut). Das ambulante Leistungsangebot der Pflegeversicherung verbesserte nachhaltig die Versorgung in der vertrauten Wohnung und in der Familie.
- **Entlastung des Arbeitsmarktes:** Mit der Pflegeversicherung sind neue Arbeitsplätze entstanden. Der Vergleich der Daten des Mikrozensus vom April 1996 zum April 1995 zeigt, dass im Zeitraum des Inkrafttretens der ambulanten Leistungen ein Zuwachs von insgesamt 67.000 Erwerbstätigen in einschlägigen Berufsgruppen zu verzeichnen war.⁷⁸

Dem stehen eine Reihe von Problemen und Lücken der Pflegeversicherung gegenüber, die einen vergleichbaren Aktualitätsbezug haben und weniger die zukünftige Situation beschreiben:

- **Der Pflegebegriff der Pflegeversicherung ist rein körperlich verfasst:** Menschen mit psychischen Störungen, geistiger Behinderung oder Demenzerkrankung haben vielfach keine körperlichen Einschränkungen, bedürfen aber einer ständigen Betreuung und Beaufsichtigung. Das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz hat zumindest für eingestufte Pflegebedürftige mit besonderen Betreuungsleistungen (insbesondere bei Demenz) eine zusätzliche Leistung von 460 EUR im Jahr ermöglicht.

⁷⁶ Das Modellprogramm des BMA „zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ bereitete die Umsetzung der Pflegeversicherung vor. Ein Förderschwerpunkt wurde im teilstationären Bereich gesetzt und damit ein Innovationsschub für Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen ausgelöst.

⁷⁷ Umsetzung des Investitionshilfeprogramms nach Artikel 52 PflegeVG für die neuen Bundesländer.

⁷⁸ Danach ergibt sich von April 1995 zu April 1996 eine Zunahme in der Beschäftigung bei den Berufsgruppen: Krankenschwester/Krankenpfleger (nur Sozialwesen, also ohne Gesundheitswesen, d.h. insbesondere ohne Krankenhausbereich) + 21.000; Helfer/Helferinnen in der Krankenpflege (nur Sozialwesen) + 2.000; Altenpfleger + 28.000; Haus- und Ernährungswirtschaftler + 1.000; Hauswirtschaftliche Gehilfen und Helfer + 15.000; Insgesamt + 67.000.

- **Zunahme der Arbeitsbelastung in der Pflege:** Die Arbeitsbedingungen in der Altenpflege führen zu immer größeren physischen und psychischen Belastungen bei den Pflegenden. Darunter leidet zwangsläufig die Qualität der Pflege. Ursache ist laut Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) die angespannte finanzielle Situation im Pflegebereich, die durch die Vergütungsregelungen der gesetzlichen Pflegeversicherung erzeugt wird (angespannte Personallage, wachsende Zahl ungenügend qualifizierter Beschäftigter, steigender Zeitdruck, ungenügende Vergütung des hohen Pflege- und Betreuungsaufwandes bei geronto-psychiatrischer Erkrankung, wachsende Arbeitsbelastung in der stationären Pflege durch vermehrte Aufnahme Schwerpflegebedürftiger mit deutlich höherem Pflegeaufwand sowie mehr Bedarf an psychosozialer Betreuung).⁷⁹

Die Pflegeversicherung ist daher weniger grundsätzlich strittig, sondern im Rahmen der gesellschaftlichen Entwicklung und neuer Anforderungen einem stetigen Wandel unterworfen (s. insbesondere Abschnitt 7.3). Ihr Anspruch führt zu zahlreichen raumrelevanten Konsequenzen und damit zu konkreten Herausforderungen für die Raumplanung und nachgeordneten Fachplanungen.

2.3 Raumplanung und Fachplanung – soziale Infrastrukturen

Die dargelegte Sozialstaatlichkeit Deutschlands findet u.a. ihren Ausdruck im System der räumlichen und fachlichen Planung. Die nachfolgende Betrachtung steht im Kontext der Zielstellungen und Konsequenzen der Pflegeversicherung und der sich daraus ergebenden Infrastrukturplanung.

2.3.1 Raumplanung und räumlicher Bezug der Sozialplanung

Der Raumplanung obliegt die übergeordnete und koordinierende Planungsaufgabe (Querschnittsaufgabe). Die Sozialplanung ist hingegen ein Sammelbegriff für Fachplanungen im Bereich der sozialen Sicherung und Daseinsvorsorge. Sie ist im Gegensatz zur Raumplanung nicht primär raumorientiert, sondern ein dynamisches, interdisziplinäres Handlungskonzept zur Schaffung gleichwertiger Lebensverhältnisse, zur staatlichen Daseinsvorsorge und marktgerechter Angebote sowohl für Anbieter als auch Konsumenten. Raumbedeutung und Raumbezug erfährt die Sozialplanung insbesondere aus den Leitvorstellungen und Grundsätzen der Raumordnung:

- § 1 ROG definiert die Leitvorstellung bei der Erfüllung des „entwickeln, ordnen und sichern“ mit einer nachhaltigen Raumentwicklung, die die sozialen und wirtschaftlichen Ansprüche an den Raum mit seinen ökologischen Funktionen in Einklang bringt und zu einer dauerhaften, großräumig ausgewogenen Ordnung führt. Dabei sind u.a. die freie Entfaltung der Persönlichkeit in der Gemeinschaft und in der Verantwortung gegenüber künftigen Generationen zu gewährleisten. Gleichwertige Lebensverhältnisse sind in allen Teilräumen herzustellen sowie die räumlichen und strukturellen Ungleichgewichte zwischen den bis zur Herstellung der Einheit Deutschlands getrennten Gebieten auszugleichen.⁸⁰
- Nach dem 4. Grundsatz ROG ist die soziale Infrastruktur vorrangig in den Zentralen Orten zu konzentrieren (ROG §2 Absatz 2).

Die Raumbedeutung der Sozialplanung und der sozialen Infrastruktur ergibt sich aber auch aus dem Sozialrecht:

- Sozialgesetzbuch Allgemeiner Teil (SGBAT) (§ 17 Absatz 1 Ziffer 1 und 2): Die Leistungsträger sind verpflichtet, darauf hinzuwirken, dass 1. jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und schnell erhält, 2. die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen. „Ferner sollen die Träger der Sozialhilfe darauf hinwirken, dass die zur Gewährung der Sozialhilfe geeigneten Einrichtungen ausreichend zur Verfügung stehen.“ (§ 93 Absatz 1 Satz 1 Bundessozialhilfegesetz (BSHG)).
- Für den hier relevanten Aspekt der Pflegeversicherung heißt es im SGB XI (§ 8 Absatz 2): „Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken unter

⁷⁹ Quelle: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften; 27.5.1999.

⁸⁰ „Im Gesamttraum der Bundesrepublik Deutschland ist eine ausgewogene Siedlungs- und Freiraumstruktur zu entwickeln. Die Funktionsfähigkeit des Naturhaushalts im besiedelten und unbesiedelten Bereich ist zu sichern. In den jeweiligen Teilräumen sind ausgeglichene wirtschaftliche, infrastrukturelle, soziale, ökologische und kulturelle Verhältnisse anzustreben.“ (Grundsätze §2 Absatz 2).

Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten“.

- Darüber hinaus fordern viele Gemeindeordnungen innerhalb der Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit, die für die wirtschaftliche, soziale und kulturelle Betreuung ihrer Einwohner erforderlichen öffentlichen Einrichtungen zu schaffen.

Aus der übergeordneten und zentralen Leitvorstellung der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse ergeben sich zahlreiche Aufgaben für die Planung. Der Disparitätenausgleich hat hier den höchsten Stellenwert. Hierzu wurde ein umfassendes Instrumentarium zur Umsetzung entwickelt. Wichtige Instrumente sind die Infrastrukturplanung und das Konzept der zentralen Orte mit einer dezentralen Konzentration von Infrastrukturen⁸¹.

Sozial- und Fachplanungen nutzen diesen Rahmen und kombinieren ihn entsprechend ihrer fachlichen Anforderungen mit z.B. regional differenzierter Förderpolitik. Aus diesem Grund werden nachfolgend die wichtigsten Elemente dargestellt.

2.3.2 Altenhilfe- und Pflegeplanung

Die grundlegende Fachplanung für den Bereich der Senioren ist die Altenhilfe mit der kommunalen Altenplanung. Die Altenhilfe wird der Sozialplanung als Sammelbegriff sogenannter zielgruppenbezogener Planung (z.B. für alte oder behinderte Menschen) zugeordnet und hat einen Raumbezug (raumspezifisches und -prägendes, inhaltlich abgegrenztes Sachgebiet).

Größte Bedeutung hat die Altenhilfe in den Gemeinden, Landkreisen und kreisfreien Städten. Gemäß §96 I Bundessozialhilfegesetz (BSHG) sind die Kommunen Träger der örtlichen Sozialhilfe und damit nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 18.7.1967 auch Träger der Altenhilfe. Die Länder beteiligen sich vorwiegend nur durch grobe Empfehlungen oder Entwicklungs- und Rahmenplanungen (z.B. Landesaltenprogramm Thüringen: TMSG 1994). Der Bund hat nur indirekte Eingriffsmöglichkeiten (z.B. Wohnungs-, Renten- oder Sozialpolitik).

Das Ziel der kommunalen Altenhilfe beschreibt §75 I BSHG: „Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen.“ Ungeachtet der Tatsache der Verankerung der Altenhilfe im BSHG ist keinesfalls damit nur die Zielgruppe der Sozialhilfeberechtigten gemeint, sondern sie schließt ausdrücklich alle hilfebedürftigen Personen ein: „ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen oder Vermögen (...), soweit im Einzelfall persönliche Hilfe erforderlich ist.“ (§75 IV BSHG).

Die klassische Fachplanung Altenhilfe entwickelt hierzu z.B. mit kommunalen Altenplänen eine Rahmenkonzeption für die Gruppe der älteren Menschen. Zu einer Planungseuphorie kam es in den 70er und 80er Jahren. Hauptproblem war, dass eine konkrete ökonomische Dimension bzw. ein finanzieller Rahmen fehlte. So stellt ASAM (1999) fest, dass diese Planungseuphorie zumeist nur zu Einzelaktivitäten in wenigen Gemeinden und Hochglanzbroschüren mit eher programmatischen Charakter auf Landesebene führte.

Bis zur Einführung der Pflegeversicherung beinhaltete dieser Aufgabenbereich der Altenhilfe auch die ambulante und stationäre Versorgung im Sinne der Information und Planung. In der Literatur ist eine Änderung oder neuerliche Abgrenzung von Altenhilfe und Pflege strittig. So wird oft von einer Untrennbarkeit oder vom Ineinandergreifen der klassischen Altenhilfe und Pflege gesprochen. Im Sinne des Bundessozialhilfegesetzes kann die Altenhilfe aber immer nur symptomatisch wirken. Zur Neuorientierung der kommunalen Altenplanung verweist z.B. ASAM (1999) auf die kommunale Pflegebedarfsplanung, Pflegekonferenzen und Beratung am Beispiel Nordrhein-Westfalen.

Das neue zentrale Element seit Einführung der Pflegeversicherung ist die Schnittstelle von Planung und Förderung. Der mit der Pflegeversicherung eindeutig geregelte gesetzliche und finanzielle Rahmen des Teilaspektes Pflege in der Altenhilfe erfordert daher aus Sicht des Autors eine not-

⁸¹ Die Theorie der zentralen Orte geht auf W. CHRISTALLER zurück. Zentrale Orte erfüllen zentralörtliche Funktionen und leisten Versorgungsangebote im weitesten Sinne. In ihrem Umland üben sie Versorgungsfunktionen mit Gütern und Diensten aus. Entsprechend dem Maß des Funktionsumfanges werden verschiedene Kategorien von zentralen Orten unterschieden.

wendige Eigenständigkeit der Pflege und Pflegeplanung. Damit wird keinesfalls die Bedeutung der Abstufung und Vernetzung vielfältiger Altenhilfeangebote gemindert. Mit der Pflegeversicherung wurde ein Bereich und damit verbundene Infrastrukturen eindeutig abgegrenzt, der nicht nur einen Rechtsanspruch für Versicherte ableitet, sondern ausdrücklich davon ausgeht, dass Pflegebedürftigkeit alle Bevölkerungs- und Altersgruppen betreffen kann. Die Abkehr von der klassischen und umfassenden Fachplanung Altenhilfe wird notwendig, da nicht nur die Kommunen Steuerungs- und Förderungsinstrumente für den „neuen“ Pflegemarkt schaffen müssen.

Der Autor plädiert daher für eine grundsätzliche Abgrenzung von Pflege und Altenhilfe. Die stationäre Pflege (Pflegeheime, Tages- und Kurzzeitpflege) beschreibt im weitesten Sinne den früher gebräuchlichen Begriff der geschlossenen (stationären) Altenhilfe. Die ambulante Altenhilfe unterstützt ältere Menschen bei ihrer Lebensführung in der eigenen Wohnung, um eine Selbständigkeit möglichst lange zu bewahren. Die inhaltliche Unterscheidung der ambulanten Altenhilfe in Pflegedienste (Grund- und Behandlungspflege), Hilfen zur Haushaltsführung (Ernährung, Hausreinigung usw.) und kommunikativer Dienste (Fahr- und Begleitdienste, Beratung usw.) unterscheidet sich kaum von den Abgrenzungen der ambulanten Pflege. Da aber nicht alle Angebote im Leistungsspektrum der Pflegeversicherung enthalten aber prinzipiell wünschenswert oder notwendig sind, ist diese Abgrenzung eher fließend. Zur Kernaufgabe der Altenhilfe wird sich daher die offene Altenhilfe entwickeln. Die meisten Senioren leben ungehindert von Pflegebedürftigkeit. Diese Senioren sind die Zielgruppe der unverbindlichen und für jedermann zugänglichen offenen Altenhilfe. Sie orientiert sich dabei überwiegend auf rekreative und kommunikative Bereiche und versucht, eine Isolation der älteren Menschen durch Begegnung, Aktivität, Bildung und Beratung zu verhindern (Begegnungs- und Altagestätten, Altenclubs, Bildungs- und Freizeitangebote, Beratungsstellen oder Seniorenstudium).

Diese, sicher strittige Abgrenzung ist für eine nachhaltige Pflegeplanung insbesondere im Sinne der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse notwendig. Die Altenhilfe liegt weitestgehend im Ermessen der Kommune und ist von deren (finanziellen) Möglichkeiten abhängig. Hingegen ist die Pflegeversicherung ein konkretes und bedarfsorientiertes soziales Sicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland. Die abgestuften Planungsebenen der Pflegeversicherung setzen in der Systematik ebenso auf kommunaler Ebene an, doch ist der Sicherstellungsauftrag immanent (Bedeutungszuwachs für die kleinräumige Bedarfsanalyse).

2.3.3 Soziale Infrastruktur und (Infrastruktur-)Bedarfsplanung

Soziale Infrastrukturen sind das zentrale Element der Daseinsvorsorge: Soziale Infrastruktureinrichtungen sind die öffentlichen und privaten Einrichtungen und Dienste der Daseinsvorsorge in den Bereichen Bildung, Kultur, Freizeit und Erholung, Gesundheit und Sozialwesen. D.h. sie bilden eine wesentliche Grundlage der Wirtschaftsstruktur eines Landes und sind entscheidend für die Versorgung der Bevölkerung sowie bestimmend für die Lebensqualität, da „im Zuge räumlicher Mobilitäts- und Verstädterungsprozesse die Lebensrisiken der einzelnen Menschen nicht mehr in traditionellen Formen der Gemeinschaft bewältigt werden können“ (vgl. SCHUBERT 1995: 847).

Die Daseinsvorsorge impliziert bei der Bereitstellung und Vorhaltung sozialer Infrastrukturen gesellschaftliche Fragen, denn es muss ein Konsens über Art und Umfang der Vorhaltung sozialer Infrastrukturen bestehen bzw. gebildet werden (welche Bedürfnisse sind in der Bevölkerung vorhanden und in welchem Ausmaß erkennt die Gesellschaft deren Befriedigung als notwendig an). Dieser Konsens begründet sich u.a. in der gesellschaftlichen Finanzierung sozialer Infrastrukturen. Soziale Infrastruktureinrichtungen sind Güter, bei denen der Marktmechanismus versagen kann und es ohne Eingriff des Staates zu keiner, den gesellschaftlichen Zielvorstellungen über die nötige Daseinsvorsorge angemessenen Versorgung, kommen würde. (vgl. z.B. BURBERG/WIENEKE 1989).

Die Raumordnung verwirklicht das Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Grundgesetz) durch das Leitziel der Schaffung gleichwertiger Lebensbedingungen in allen Teilräumen (§1 Raumordnungsgesetz). Eine Infrastrukturplanung stellt damit ein bedeutendes Instrument der Raumplanung zur Verwirklichung dieses Leitziels dar. Die soziale Infrastruktur kann daher teilräumliche Disparitäten ausgleichen (KÜHN 1983) und so im Sinne der Infrastrukturausstattung als Indikator der Wohnqualität verstanden werden. Folglich prägen auch Pflegeeinrichtungen, als ein Teil der sozialen Infrastruktur, in ihrer räumlichen Verteilung die Wohn- und Lebensbedingungen der Bevölkerung. Soziale Infrastruktur ist darüber hinaus ein Gegenstand der Raum-

planung, da sie raumstrukturbildend (Wirkung auf Sozialstruktur und Zentrenstruktur) und raumbeanspruchend (bauliche Anlagen oder initiiert Verkehr) sind. Kennzeichnend ist ferner ein relativ hoher Kapitaleinsatz bei langer Lebensdauer (laufende Kosten), der eine langfristige Planung der bedarfsgerechten und nachhaltigen Angebotsbereitstellung erfordert.

Unter dem Gesichtspunkt des Bevölkerungsrückgangs wurde bis Ende der achtziger Jahre eine breite Diskussion über die geänderten Rahmenbedingungen bei der Infrastrukturplanung und -versorgung geführt (vgl. SIMONIS 1977, CASSING/KÜPPERS 1978, BFLR 1989, WINKEL 1989) und unter dem Leitthema „Infrastrukturentwicklung unter veränderten Rahmenbedingungen“ die Konsequenzen erörtert. Diese Diskussion enthielt auch Aussagen zu Aspekten des Wertewandels und veränderten Nutzeransprüchen, zur veränderten Bevölkerungsverteilung und Sozialstruktur in bestimmten Gebieten, veränderten Haushaltsstrukturen und neuen Lebensstilen sowie zur veränderten finanziellen Situation der öffentlichen Hand (zusammenfassend bei BURBERG/WIENEKE 1989).

Letztlich stellt sich immer die Frage nach dem Bedarf und der Vorausschätzung dieses Bedarfs. Dazu ist eine differenzierte Bedarfsdefinition notwendig. Ein Bedarf kann sich fachlich determiniert, in Form einer möglichen bzw. tatsächlichen Nachfrage oder auch als ein individuell empfundener ergeben. Aus allen Bedarfstypen resultiert die potentielle Nachfrage. Hinzukommt ein – aus welchen Gründen auch immer – von (Teilen) der Bevölkerung verschwiegener Bedarf. Dem planerischen Bedarf übergeordnet ist das Bedürfnis des Menschen, eine Situation zu ändern bzw. einen Mangel zu beseitigen.⁸² Zur Befriedigung dieser Bedürfnisse sind Güter wie z.B. Einrichtungen der sozialen Infrastruktur notwendig. Eine Bedarfsplanung definiert sich demnach aus den festzustellenden Bedürfnissen der Bevölkerung. Unter Umständen weicht aber ein Bedürfnis stark vom fachlich determinierten oder wissenschaftlich bestätigten Bedarf ab. Ursache sind individuelle Einschätzungen der persönlichen Situation und der daraus resultierenden Ansprüche, aber auch ein Verzicht (verschwiegener Bedarf).

Die Praxis der Pflegeversicherung hat sehr deutlich eine Disparität zwischen Bedarf und Bedürfnis gezeigt. Die Pflegebegutachtung stellt fachlich vielfach keinen Pflegebedarf fest, obwohl nach dem Empfinden der Betroffenen durchaus Pflege notwendig ist. Gleichmaßen zeigt die Zunahme der Pflegeleistungen in den ersten drei Jahren der Pflegeversicherung einen hohen zuvor nicht geäußerten Bedarf. Der potentielle Bedarf wurde aus dem Abwägungsprozess zwischen Pflegebedürfnis und sozialen Bedürfnissen nicht geäußert (z.B. durch eine mögliche Stigmatisierung bei Sozialhilfeabhängigkeit durch Pflegebedürftigkeit).

Die Infrastrukturplanung hat daher immer eine mehr oder weniger eindeutig rechtlich geregelte Bedarfsgrundlage. Aus den Zielvorstellungen zur sozialen Infrastruktur und der Bedarfsermittlung ergeben sich Maßnahmen und Investitionen gefolgt von Durchführung und Erfolgskontrolle. Daher ist die Bedarfsermittlung ein zentraler und eigenständiger Untersuchungsbereich.

Erstmals wird durch die eindeutige Definition der Pflegebedürftigkeit im SGB XI und das einheitliche Begutachtungsverfahren des MDK bei der Pflegeplanung eine präzise Ermittlung der aktuellen Bedarfssituation möglich. Enthalten sind aber keine Aussagen zum Bedarf, Art und Umfang sozialer Infrastrukturen, da lediglich eine Lebenssituation festgestellt wird (pflegebedürftig).

2.3.4 Soziale Infrastruktureinrichtungen der Pflege und Altenhilfe

Unabhängig von den genannten Abgrenzungen von Altenhilfe und Pflege war auch die Begrifflichkeit sozialer Infrastruktureinrichtungen im allgemeinen Sprachgebrauch oft nicht einheitlich. Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde eine deutliche Vereinheitlichung in der Definition relevanter sozialer Infrastruktureinrichtungen erreicht. Z.B. kennt das PflegeVG die Begriffe wie Feierabendheim oder Altenheim nicht. Allgemein wird unterschieden in Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen, die etwas anderes machen, nur keine Pflege. Daher ist die nachfolgende Definition und Abgrenzung der sozialer Infrastrukturen zwar notwendig, aber weit weniger strittig als zu Beginn der 1990er Jahre.⁸³ Die Pflegeinfrastruktur mit Pflegeeinrichtungen und -diensten stellt örtlich oder regional Leistungen bereit, die für die gesellschaftliche Daseinsvorsorge pflegebedürftiger Menschen benötigt werden, aber durch informelle Beziehungsnetze (informelle soziale Infrastruktur) nicht (mehr) in hinreichendem Umfang erbracht werden können.

⁸² Zur Ableitung einer Nominaldefinition des Bedürfnisbegriffs vgl. MASLOW 1954 „Bedürfnispyramide des Menschen“.

⁸³ Vgl. hierzu u.a. die Definitionen und Abgrenzungen bei BRAUN 1987, NAEGELE 1995 oder ZOBEL 1996.

2.3.4.1 Stationäre Pflege

Stationäre Pflege wird nicht mehr in den Altenheimen klassischer Prägung geleistet. Auch die Unterscheidung in ein oder mehrgliedrige Einrichtungen ist nicht mehr zeitgemäß.⁸⁴ Generell gilt, dass alle „Heime“ der staatlichen Überwachung durch die Heimaufsicht unterliegen. Folgende Kategorien wurden bzw. werden noch angeboten, wobei zu beachten ist, dass stationäre Leistungen der Pflegeversicherung in der Regel nur im Pflegeheim gewährt werden:

Im **Altenwohnheim** haben die Senioren eine abgeschlossene Wohnung bzw. ein Zimmer mit der Möglichkeit, einen eigenen Haushalt zu führen oder im Bedarfsfall Verpflegung und Betreuung vom Heimträger zu erhalten. Bei dauerhaft erforderlicher Pflege ist ein Umzug in eine Pflegeabteilung unvermeidbar, wobei meist eine bevorzugte Vergabe eines Pflegeplatzes zugesichert wird. Altenwohnheime befinden sich mit der Inanspruchnahme von Verpflegungsleistungen, Reinigungs- und Wäschediensten und auch pflegerischer Dienstleistungen oft in der Nähe eines Pflegeheimes.

Das **Altenheim** ist die klassische Wohnform für Senioren, die sich den Anforderungen der Haushaltsführung nicht mehr gewachsen fühlen, aber nicht pflegebedürftig sind. Altenheime unterliegen ebenfalls der staatlichen Heimaufsicht. Die Bewohner erhalten gegen ein pauschales Entgelt vom Heim Unterkunft, Verpflegung und Betreuung sowie im Krankheitsfall vorübergehende Pflege und Therapie. Dauerhafte Pflege wird nicht angeboten. Bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit ist daher in der Regel ein Umzug erforderlich.

Das **(Alten-)Pflegeheim** dient der Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Sie erhalten neben der Unterkunft und Verpflegung eine umfassende Pflege, Therapie und Betreuung. Der Grad der Pflegebedürftigkeit ist hier kein Ausschlusskriterium. Der Anteil von Pflegefachkräften am gesamten Pflegepersonal ist eindeutig geregelt.

Mit Einführung der Pflegeversicherung wurden in Thüringen sukzessiv alle Altenwohnheim- oder Altenheimplätze in reine Pflegeplätze umgewandelt. Sowohl eine gesicherte Finanzierung der Pflegekosten durch das PflegeVG als auch eine allgemeine Strukturanpassung an qualitative und quantitative Vorschriften⁸⁵ begünstigte bzw. erforderte diese Umwandlung. Die Vereinheitlichung des undurchsichtigen stationären Altenhilfesektors führte dazu, dass mehrgliedrige Einrichtungen in Thüringen nicht mehr vorkommen. Entweder es wird gepflegt oder „nur“ gewohnt. Das schließt nicht aus, dass viele Pflegeeinrichtungen organisatorisch oder räumlich weitere Konzepte anbieten. Die räumliche Nähe des betreuten Wohnens, des sogenannten Servicewohnens oder altengerechter Wohnungen zur Pflegeeinrichtung (sowohl stationär wie ambulant) weist viele Vorteile auf (höhere Effizienz, bessere Auslastung, leichter Übergang bei Einsetzen von Pflegebedürftigkeit). Zugleich wird aber auch von Bewohnerängsten vor dem Einzug in eine altengerechte Wohnung in räumlicher Nähe zur stationären Pflegeeinrichtung gesprochen. Zu groß ist die Befürchtung, damit den ersten Schritt ins Heim gemacht zu haben. Der Ausdruck Mehrgliedrigkeit und die damit verbundene noch stärkere räumliche und organisatorische Verbindung der Wohn- und Pflegebereiche dürfte daher nur noch eine Übergangserscheinung sein.

Die vielfältigen **alternativen Wohnformen** (Betreutes Wohnen, Altengerechtes Wohnen oder Servicewohnen) unterscheiden sich grundlegend vom „Heim“. Hier sind die Bewohner Mieter und schließen mit dem Träger einen Mietvertrag (und extra darüber hinausgehende Vereinbarungen) ab. Einen Schutz durch das Heimgesetz gibt es nicht. Bei Bedarf können pflegerische Betreuung und weitere Dienstleistungen von einem ambulanten Pflegedienst bzw. anderen Leistungserbringern in Anspruch genommen werden – eine mit dem Pflegeheim vergleichbare stationäre Pflege ist räumlich und organisatorisch nicht möglich. Der Gesundheitszustand der Bewohner/Mieter von „Nichtpflegeeinrichtungen“ verändert sich naturgegeben im Laufe der Zeit. Ein erneuter Umzug der Bewohner/Mieter in eine Pflegeeinrichtung wird zum ernsthaften Problem.

Für die Untersuchung wird die stationäre Pflegeinfrastruktur im Sinne des SGB XI definiert: „selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft auf Dauer ganztägig gepflegt, untergebracht und verpflegt werden“ (§71, Absatz 2).

⁸⁴ In mehrgliedrigen Einrichtungen vermischen sich die Begriffe. Eine Trennung ist demnach nicht möglich.

⁸⁵ HeimGesetz, HeimMinBauVO und ThürPflegeVG-DVO.

2.3.4.2 Teilstationäre Pflegeeinrichtung

Mit teilstationären Pflegeeinrichtungen werden Einrichtungen der Kurzzeit- und/oder Tages-/Nachtpflege zusammengefasst. Insgesamt gibt es bisher nur wenige Erfahrungswerte bzw. empirische Grundlagen zur teilstationären Versorgung (s. hierzu u.a. GENNRICH 1997, KDA 1998, KDA 1998A). Im 3. Thüringer Landespflegeplan wurden erstmals genaue Aussagen zu den Bewohnern bzw. Nutzern der Kurzzeit- und Tagespflege gemacht (s. hierzu Abschnitt 5.2.3).

Kurzzeitpflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft vorübergehend gepflegt, unterbracht und verpflegt werden können. Die Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI soll insbesondere dazu beitragen:

- die häusliche Pflege aufrechtzuerhalten, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege vorübergehend nicht möglich ist,
- pflegende Angehörige zu unterstützen und zu entlasten, um somit ihre Pflegebereitschaft zu fördern und
- den Übergang von einer stationären Behandlung (Krankenhausaufenthalt) in die häusliche Pflege zu erleichtern bzw. zu ermöglichen.

Kurzzeitpflege sollte mit einer weitreichenden regionalen Abstufung gut erreichbar sein, wohnortnah die ambulante Pflege ergänzen und eine Betriebsgröße von mindestens 12 und nicht mehr als 20 Plätzen haben (vgl. u.a. ZOBEL 1999 oder TMSG 1999).

Tages-/Nachtpflege ist eine komplementäre Form der Versorgung. Sie kann nur neben einer häuslichen Versorgung des Hilfebedürftigen erfolgen. Sie hat rehabilitativen (z.B. nach oder zur Verkürzung von Krankenhausaufenthalten) und für die pflegenden Angehörigen entlastenden Charakter. Für den Betroffenen bietet sie die Förderung psychosozialer Fähigkeiten sowie Aktivierung, Mobilisierung und Tagesstruktur. Sie findet an einem oder mehreren Wochentagen statt und schließt die Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung ein. Tages- und Nachtpflege soll insbesondere dazu beitragen:

- häusliche Pflege aufrechtzuerhalten,
- pflegende Angehörige zu unterstützen und zu entlasten, um somit ihre Pflegebereitschaft zu erhalten bzw. zu fördern und
- eine möglichst selbständige Lebensführung zu erhalten bzw. wiederzugewinnen unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation und Biographie des Pflegebedürftigen.

Tages-/Nachtpflegeeinrichtungen sollten wohnortnah, angemessen regional gegliedert, gut erreichbar sein (Fahrzeiten von Wohnung zur Einrichtung von unter 30min), eine organisatorische Einheit im bedarfsorientierten Pflegenetzwerk bilden, in kombinierten Organisationsformen Vorrang erhalten und eine Betriebsgröße von mindestens 12 und nicht mehr als 20 Plätzen haben (vgl. u.a. ZOBEL 1999 oder TMSG 1999).

Trotz unbestreitbarer Vorzüge erfüllt die teilstationäre Pflege derzeit noch nicht alle Möglichkeiten der Ergänzung zur häuslichen Pflege. So bezogen in Deutschland 1999 weniger als 9.000 Pflegebedürftige Leistungen der teilstationären Pflege. Dem stehen geschätzte rd. 500.000 privat/häuslich versorgte Demenzkranke gegenüber. Diese relativ geringe Inanspruchnahme beruht zum einen auf psychologischen Hemmnissen bei den Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen. Zum anderen sind jedoch auch finanzielle Erwägungen ausschlaggebend für die geringe Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege. In Thüringen ist das Angebot an Tagespflege und insbesondere Nachtpflege gegenwärtig erst im Aufbau. Ein teilstationäres Pflegenetz sollte in einer weitreichenden regionalen Abstufung gut erreichbar sein, wohnortnah die ambulante Pflege ergänzen sowie eine Betriebsgröße von mindestens 10 und nicht mehr als 20 Plätzen haben.

2.3.4.3 Ambulante Pflegedienste

Ambulante Pflegedienste bieten häusliche Alten- und Krankenpflege sowie hauswirtschaftliche Dienste an. Zu ihrem Grundangebot gehören die Grundpflege, Behandlungspflege, Schwerpflege und Sterbebegleitung.

Zunehmend werden auch Beratungsangebote sowie Fortbildungsmaßnahmen besonders für pflegende Angehörige angeboten. Zum Bereich der hauswirtschaftlichen Dienste gehören u.a.

- Hilfe im hauswirtschaftlichen Bereich wie Reinigung und Einkaufshilfen,
- Mahlzeitendienst bzw. dessen Vermittlung,
- Begleitung bei Arztbesuchen, kulturellen Veranstaltungen, Behördengängen usw., und
- Hol- und Bringdienste sowie Behindertenfahrdienst.

2.3.4.4 Wohnanpassungsberatung

Mit dem Alter verändern sich sowohl die wohnspezifischen (z.B. bauliche Ausstattung und Qualität) als auch die wohnpsychologischen Anforderungen der Menschen (ältere Menschen verbringen mehr Zeit in der eigenen Wohnung als jüngere). Eine selbständige Lebensführung wird häufig durch Wohnungsmängel gefährdet, die den Einsatz von Helfern erschweren. Ferner kann durch eine altengerechte Wohnung oft bei einsetzender Pflegebedürftigkeit ein Umzug in eine stationäre Einrichtung verhindert oder hinausgezögert werden.

Die Wohnanpassung bzw. Beratung zur „Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes für Pflegebedürftige“ ist insofern für diese Definitionsabfolge der Pflegeinfrastruktur von Bedeutung, als dass sie einen Infrastrukturbedarf positiv beeinflusst. Sie folgt dem Grundsatz der Pflegeversicherung „ambulant vor stationär“⁸⁶ und beinhaltet Zuschüsse der Pflegeversicherung zu Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung.⁸⁷ Grundlage für diese Hilfen ist § 40 Abs. 4 SGB XI: „Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird.“

Ziel der Wohnanpassung ist die Erhaltung dieser selbständigen Lebensführung in der Wohnung durch Anpassung z.B. des Bades, der Beleuchtung, Heizung, Türschwellen, Bodenbeläge, Küche, Sitzmöbel, Bett, Treppenhaus (Handläufe) usw. Diese Hilfen zu baulich-technischen Veränderungen für normale Wohnungen älterer Menschen mit dem Ziel ihre Selbständigkeit zu erhalten, existieren in der Bundesrepublik noch nicht lange. Die Altenhilfe hatte sich bis in die 80er Jahre überwiegend mit dem Bau neuer Wohnungen und Heime befasst. Die Wohnanpassung hat sich erst Ende der 80er Jahre zu einem wichtigen Begriff der Altenarbeit entwickelt (vgl. STOLARZ 1997).

Aussagen über Anzahl und Art altengerechter Wohnungen sind für Thüringen nicht flächendeckend vorhanden und empirisch nicht gesichert. Es ist aber ohnehin davon auszugehen, dass die Wohnanpassung unter dem Begriff der Barrierefreiheit für „alle Menschen“ bereits umfassend diskutiert wird und daher nicht näher erörtert werden braucht. Mittelfristig sollte die Barrierefreiheit in der Architektur selbstverständlich werden.

2.3.4.5 Betreutes Wohnen - Alternative zum Altenheim?

Das betreute Wohnen kommt der Idealvorstellung nach, so lange wie möglich selbständig und unabhängig zu wohnen, und gezielte Hilfeleistungen in Anspruch nehmen zu können. Der Markt hat dieses Bedürfnis und auch das (finanzielle) Potenzial vieler älterer Menschen erkannt. Der Markt sogenannter „altersgerechter“ Immobilien boomt. Das Angebot unterliegt aber keinen einheitlichen Standards für das Etikett „Betreutes Wohnen“ oder „Service-Wohnen“. Das Konzept „Betreutes Wohnen“ oder „Service-Wohnen“ beschreibt dabei nicht nur die räumlichen Bedürfnisse älterer Menschen, sondern gewährleistet auch eine Grundversorgung (Hausmeister, Notruf, usw.). Darüber hinaus können zusätzliche Leistungen (Haus- und Krankenpflege, Essensdienste, usw.) in Anspruch genommen werden.

Im Gegensatz zur Wohnform „Alten- oder Altenpflegeheim“ bietet „Betreutes Wohnen“ für jede Wohneinheit eine eigene Haushaltsführung, eine Küche und eigene sanitäre Anlagen. Dabei sind drei Ausprägungen dieser Wohnform zu unterscheiden:⁸⁸

⁸⁶ Pflegebedürftige sollen solange wie möglich im häuslichen Bereich verbleiben und dort ihre Hilfe zur Pflege erhalten.

⁸⁷ Technische Hilfen im Haushalt, Umbaumaßnahmen wie Verbreiterung von Türen oder der Einbau von Waschgelegenheiten.

⁸⁸ Wichtigstes Kriterium der Bezeichnungen „alten- oder behindertengerecht“ ist die sogenannte Barrierefreiheit gemäß DIN 18025, Teil 1 und 2 (Regelungen u.a. zu rollstuhlgerechten Türbreiten, Schwellen, Bodenbeläge, Haltegriffe usw.).

- einzelne Wohnungen, die nachträglich auf altersgerechte Bedürfnisse „umgerüstet“ werden (auch Wohnanpassung),
- einzelne Wohnungen in Neubauten, die von vornherein altersgerecht gebaut werden und
- ganze Wohnanlagen, die ausschließlich oder zumindest überwiegend aus altersgerechten Wohnungen bestehen. Einige dieser altersgerechten Wohnanlagen sind räumlich und organisatorisch auch einem Heim angeschlossen („Heimverbundene-Variante“).

Im Mittelpunkt der Diskussion um das betreute Wohnen stehen die Kosten. Die vielfach horrenden Kosten setzen sich aus den drei Elementen zusammen:

- **Miete oder Kaufpreis:** Der Miet-/Kaufvertrag ist grundsätzlich unabhängig vom so genannten Betreuungsvertrag, obwohl wiederholt Gesamtverträge ohne Trennung bekannt wurden. Viele Seniorenimmobilien haben deutlich überhöhte Quadratmeterpreise (Miete wie Kauf), so dass das betreute Wohnen quantitativ bisher kaum Wirkungen gezeigt hat.
- **Grundservice:** Im „Betreuten Wohnen“ fallen Kosten für den so genannten Grundservice an (monatliche Pauschale unabhängig der Inanspruchnahme der Leistungen).
- **Wahlleistungen:** Alle Leistungen, die über den Grundservice hinaus gehen. Typische Wahlleistungen sind ambulante Pflegeleistungen, Essensversorgung, Wohnungsreinigung, Wäschendienst, Fahrdienst. Bei anerkannter Pflegebedürftigkeit werden von der Pflegeversicherung nur die Kosten im Sinne der ambulanten Pflege übernommen.

2.3.4.6 Klassische Altenhilfe und Altenarbeit

Unter dem Begriff Altenhilfe werden allgemeinsprachlich alle Angebote und (Service-)Leistungen für ältere Menschen unabhängig der Pflegebedürftigkeit subsummiert (organisatorisch und infrastrukturell). Nach der eingangs getroffenen Abgrenzung zur Pflege sind das insbesondere alle Formen der Seniorenbegegnung und Beratung aber auch das Seniorenstudium oder spezielle Seniorenreisen. Eine Sonderstellung kommt dem Ende 1992 gestarteten Modellprogramm „Seniorenbüro“ zu. Das Modellprogramm soll neue Konzepte der Altenarbeit erproben und eine aktive Lebensgestaltung und gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen fördern. Das Seniorenbüro informiert bereits nach Abschluss der Berufstätigkeit oder nach dem Auszug der Kinder aus dem Elternhaus und hilft bei der Suche nach einem neuen z.B. ehrenamtlichen Tätigkeitsfeld und vermittelt Kontakte zu anderen älteren Menschen. Zielgruppe sind demnach Menschen, „die nach Beruf und Familie etwas für sich und andere tun wollen“.⁸⁹

2.3.5 Landespflegeplanung im Freistaat Thüringen

Nach Artikel 1 § 9 SGB XI sind die Länder „verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur.“ In den Landespflegegesetzen sind diese Vorgaben umzusetzen. Das Thüringer Gesetz zur Ausführung des Pflege-Versicherungsgesetzes (ThürAGPfleVG) vom 20.06.1996 regelt die Planung und Förderung ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI. Die wichtigsten Regelungen im Zusammenhang der vorliegenden Arbeit sollen hier kurz angesprochen werden.⁹⁰

- Sicherstellungsauftrag: Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ist gemeinsame Aufgabe von Pflegekassen, Land, Stadt- und Landkreisen. Über die Grundlagen der pflegerischen Versorgung wird im Landespflegeausschuss sowie auf Kreisebene zusammen mit den Leistungsanbietern abgestimmt (§ 2 ThürAGPfleVG).
- Planung: Die Planung erfolgt als Rahmenplanung auf Landesebene (Landespflegeplan § 4 ThürAGPfleVG) und wird auf Kreisebene konkretisiert und differenziert (Kreispflegeplan § 3 ThürAGPfleVG). In diesem Zusammenhang spielt der Landespflegeausschuss als beratendes Organ eine wichtige Rolle. Bei der Planung der Infrastruktur ist eine enge Zusammenarbeit mit allen an der pflegerischen Versorgung Beteiligten erforderlich.⁹¹ Inte-

⁸⁹ Faltblatt BMFSJ: Seniorenbüro, Ziele, Nutzer, Leistungen.

⁹⁰ Hier noch nicht berücksichtigt wird die veränderte förderpolitische Rechtslage aus dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 28. Juni 2001, da sie für den empirischen und planerischen Zeitraum der vorliegenden Arbeit noch nicht relevant war (s. Abschnitt 7.3).

⁹¹ Die Planung auf Landesebene (Rahmenplanung einer ausreichenden und wirtschaftlich pflegerischen Versorgungsstruktur) soll unter maßgeblicher Beteiligung des Landespflegeausschusses erfolgen.

ressant an der im ThürAGPfleVG verankerten Planungsaufgabe ist, dass die hier vorgesehene Sozialplanung grundsätzlich dem Ziel einer stärkeren Markt und Wettbewerbsorientierung im Pflegesektor widerspricht (s. hierzu Abschnitt 7.3).

- **Förderung:** Dem Land obliegt im Rahmen seiner Verantwortung für die Versorgungsstruktur die Finanzierung der Investitionskosten von stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen und den Kreisen die Investitionskosten der ambulanten Pflegeinfrastruktur.

Grundsätzlich gilt aber §69 SGBXI, wonach die Pflegekassen im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten haben (Sicherstellungsauftrag). Planerisch sind demnach primär die Pflegekassen für die Infrastrukturplanung verantwortlich – zwar nicht im Sinne der Infrastrukturförderung aber im Sinne der Angebotssicherung für die Pflegebedürftigen.

2.3.5.1 Stationäre Pflegeeinrichtungen – Landespflegeplanung

Nach dem ThürAGPfleVG ist das Land für die Vorhaltung der teilstationären und vollstationären Versorgungsstruktur verantwortlich. Die Aufwendungen für die öffentliche Förderung stationärer Einrichtungen trägt das Land.

Nach Maßgabe des § 9 SGB XI wird durch das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (TMSFG) auf der Grundlage von § 5 Abs. 1 Satz 1 des ThürAGPfleVG im Einvernehmen mit den Landkreisen und kreisfreien Städten, den Landesverbänden der Pflegekassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. und nach Anhörung des Landespflegeausschusses ein Landespflegeplan für teilstationäre und vollstationäre Pflege einschließlich der Kurzzeitpflege aufgestellt und dem aktuellen Bedarf angepasst. Ziel der Landespflegeplanung ist die Gewährleistung einer am Wohl der Pflegebedürftigen und den Grundsätzen der Pflegequalität ausgerichteten leistungsfähigen, regional gegliederten, ortsnahen, zahlenmäßig ausreichenden, aufeinander abgestimmten und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur (ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung). Weitere Aufgabe ist, den Ausbau und die Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstruktur voranzutreiben und die Förderung der Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung durch hauptberufliche und ehrenamtliche Pflegekräfte sowie durch Angehörige, Nachbarn und Selbsthilfegruppen zu erreichen.⁹² Die Landespflegepläne Thüringens weisen den Bestand sowie die vorgesehene Entwicklung der für die bedarfsgerechte, regional gegliederte, leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung erforderlichen teilstationären und vollstationären Pflegeeinrichtungen, insbesondere nach Standort, Träger, Platzzahl und deren Leistungsdifferenzierung, aus (§ 5 Abs. 2 Satz 1 ThürAGPfleVG).

Mit dem 1. Thüringer Landespflegeplan hat der Freistaat Thüringen die gesetzlich geforderten ersten Grundlagen zur Landespflegeplanung geschaffen. Er stellte jedoch nur eine erste Erfassung der Pflegeeinrichtungen dar. Der 1. Landespflegeplan muss als Bestandsaufnahme der Situation nach Einführung der 2. Stufe der Pflegeversicherung verstanden werden. Aussagen zum erreichten Angebotsstandard, ein ausführliches Landespflegeverzeichnis, aber auch Aussagen zur zukünftigen Entwicklung waren nicht vorgesehen. Gemäß der gesetzlich geforderten jährlichen Fortschreibung konkretisierte der 2., 3. und 4. Landespflegeplan diese Bereiche.⁹³ Mit der recht späten Veröffentlichung des 4. Landespflegeplans konnte auch das Sonderinvestitionsprogramm des Bundes nach Artikel 52 PflegeVG in Thüringen abgeschlossen werden. Gegenwärtig und in absehbarer Zukunft beabsichtigt die Landesregierung (bzw. das zuständige Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit) keine Fortschreibung des Landespflegeplans.

Zur Qualifizierung des Landespflegeplans gemäß der oben genannten Ziele wurden vom Autor in Zusammenarbeit mit dem TMSFG und dem Landespflegeausschuss eine Reihe von Konkretisierungen vorgenommen.⁹⁴ Die wichtigsten sind:

1. **Bedarfssituation und -entwicklung:** Regionale Quantifizierung der „leistungsfähigen, zahlenmäßigen und ausreichenden Versorgungsstruktur“ (Gleichwertigkeit der Lebens-

⁹² Ziele und Grundsätze über die Planung stationärer Pflegeeinrichtungen werden in den §§ 7 bis 11 der Verordnung zur Durchführung des Thüringer Gesetzes zur Ausführung des Pflegeversicherungsgesetzes (ThürAGPfleVG DVO) geregelt.

⁹³ Im Auftrag des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit hat der Autor der vorliegenden Arbeit diese Landespflegepläne für die Landesregierung Thüringens erarbeitet.

⁹⁴ Vgl. ZOBEL 1998, ZOBEL 1999 und ZOBEL 2000.

verhältnisse und Disparitäten ausgleich). Das beinhaltet zugleich eine Differenzierung der Einrichtungsgröße, da kleine Einrichtungen unter dem Gesichtspunkt des „Besonderen“ und der regionalen, ortsnahe Versorgung gewichtet werden müssen.

2. **Ortsnahe Versorgung:** Im Sinne einer gesellschaftlichen Integration und weitestgehenden Erhaltung des sozialen und biographischen Kontextes der Pflegebedürftigen müssen die Pflegeeinrichtungen integrativer Bestandteil des Gemeinwesens sein. So ist die regionale Differenzierung nach Landkreisen und kreisfreien Städten im Sinne einer ortsnahe Versorgung und kurzer Wege um den Aspekt von Einzugsbereichen bzw. Verflechtungsbereichen, z.B. der zentralen Orte, zu erweitern. Resultierende Versorgungsbereiche sind hinreichend differenziert (Versorgungsstrukturen) und können u.a. auf regionale Disparitäten untersucht werden.
3. **Pflegenetzwerk:** Die Abstimmung von ambulanter, teilstationärer und vollstationärer pflegerischer Versorgung gewährleistet ein ausdifferenziertes pflegerisches Netzwerk mit der Möglichkeit, die Angebote und Leistungen auf den individuellen Pflegebedarf abzustimmen bzw. zu koppeln. So ist z.B. die Kurzzeitpflege nicht fester Bestandteil der vollstationären Dauerpflege. Sogenannte eingestreute Kurzzeitpflegeplätze sind schrittweise in ein eigenständiges Angebot mit fester Vorhaltung umzuwandeln.
4. **Ambulante Pflege vor stationärer Pflege:** Der Anspruch ambulanter vor stationärer Pflegeleistungen dient dem Ziel eines möglichst langen Verbleibs pflegebedürftiger Menschen im eigenen Zuhause oder der Familie. Ein abgestuftes und differenziertes Pflegenetzwerk bietet die Möglichkeit, individuell und dem momentanen Bedarf entsprechend Pflegeleistungen abzurufen und entlastet die stationäre Pflege nachhaltig.

Einrichtungen, die Bestandteil des Landespflegeplans sind bzw. in den Landespflegeplan aufgenommen wurden, haben ein Anrecht auf Pauschalförderung (s. Abschnitt 2.3.5.3).⁹⁵

2.3.5.2 Ambulante Pflegeeinrichtungen und -dienste – Kreispflegeplanung

Gemäß ThürAGPfleVG sind die Landkreise und kreisfreien Städte verantwortlich für die Vorhaltung der ambulanten Versorgungsstruktur. Die Aufwendungen für die örtlichen Förderungen ambulanter Pflegedienste haben dabei die Landkreise und kreisfreien Städte zu tragen. Dazu stellen die Kreise gemäß § 3 ThürAGPfleVG⁹⁶ auf der Grundlage des voraussichtlichen örtlichen Bedarfs an ambulanter Versorgungsstruktur unter Beteiligung der im Einzugsbereich tätigen Leistungserbringer einen örtlichen Pflegeplan auf und passen ihn dem aktuellen Bedarf an. Die Beteiligung der Leistungserbringer erfolgt in Form eines öffentlichen Wettbewerbes, an dem sich alle ambulanten Pflegedienste beteiligen können. Entsprechend des Bedarfs wird gegebenenfalls eine Auswahl bei der Aufnahme in den örtlichen Pflegeplan getroffen. Jedoch filtert bereits das Wettbewerbsverfahren bzw. die Teilnahme kleine ambulante Pflegedienste, die z.B. nicht wirtschaftlich arbeiten können, heraus. Nach § 2 Abs. 2 ThürAGPfleVG-DVO ist der örtliche Pflegeplan jährlich fortzuschreiben.

Zur Ermittlung einer bedarfsgerechten ambulanten Versorgungsstruktur für Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI ist die Zahl der Empfänger von Pflegesachleistungen gemäß § 36 und Kombinationsleistungen gemäß § 38 SGB XI anzugeben. Dem Bedarf an Pflegefachkräften liegt der durchschnittliche Zeitaufwand pro Tag je aufgliederter Pflegestufe zugrunde (Pflegestufe 1: 0,5 Stunden; Pflegestufe 2: 1,0 Stunden; Pflegestufe 3: 1,6 Stunden). Der so festgestellte Bedarf wird durch 5,5 Leistungsstunden dividiert und mit dem einheitlich definierten Faktor 1,66 multipliziert. Dieser Wert ergibt die bedarfsgerechte Zahl an Pflegefachkräften für die im örtlichen Pflegeplan ausgewiesenen Einzugsbereiche. Deutlich wird, dass die Berechnungsformel eher formal als tatsächlich bedarfsorientiert ist. Es ist anzunehmen, dass die Anzahl der Pflegedienste außerhalb der Kreispflegepläne den über diese Berechnungsformel hinausgehenden Bedarf abdeckt. Gemäß § 4 ThürAGPfleVG haben ambulante Pflegedienste einen Anspruch auf örtliche Förderung, wenn sie in einem örtlichen Pflegeplan aufgenommen sind und mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI sowie eine Vergütungsvereinbarung nach § 89 SGB XI besteht.⁹⁵

⁹⁵ Die hier genannten Regelungen berücksichtigen noch nicht die veränderte förderpolitische Rechtsauffassung des Bundessozialgerichts vom 28.06.2001, da sie für den Betrachtungszeitraum der vorliegenden Arbeit noch nicht relevant waren (vgl. Abschnitt 7.3).

⁹⁶ Näheres über die Planung und Förderung ambulanter Pflegedienste wird in den §§ 1 bis 6 der Verordnung zur Durchführung des Thüringer Gesetz zur Ausführung des Pflege-Versicherungsgesetzes (ThürAGPfleVG-DVO) geregelt.

2.3.5.3 Modernisierung der Pflegeeinrichtungen in den neuen Bundesländern und Investitionsprogramm Thüringen

Zur Anpassung an das Versorgungsniveau im übrigen Bundesgebiet und zur zügigen nachhaltigen Verbesserung der Qualität der ambulanten, teil- und vollstationären Versorgung der Bevölkerung erhalten die Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg Vorpommern, Sachsen, Sachsen Anhalt und Thüringen seit 1995 ein Sonderinvestitionsprogramm. Die bis 2002 zeitlich befristeten Finanzhilfen in Höhe von insgesamt 6,4 Mrd. DM (3,27 Mrd. EUR) zur Förderung von Investitionen in Pflegeeinrichtungen gelten für alle Trägergruppen (Einrichtungen in kommunaler, landeseigener, freigemeinnütziger oder privatgewerblicher Trägerschaft). Die Finanzhilfen können je nach Bundesland bis zu 80 Prozent der öffentlichen Finanzierung eines Vorhabens betragen. Wenigstens 20 Prozent der öffentlichen Investitionsmittel sind durch die Länder oder Gemeinden aus eigenen Mitteln aufzubringen.

Durch das Sonderinvestitionsprogramm konnten im Zeitraum von 1995 bis 1999 insgesamt 378 Einrichtungen in den neuen Bundesländern in Betrieb genommen werden. Bis 1999 betrugen die Finanzhilfen des Bundes 3,1 Mrd. DM (1,59 Mrd. EUR). Die Investitionsprogramme der Länder enthielten Anfang 2000 insgesamt 827 Einzelprojekte mit einem Investitionsvolumen von rund 7,2 Mrd. DM (3,68 Mrd. EUR). Darunter waren rd. 5,2 Mrd. DM (2,66 Mrd. EUR) als Finanzhilfen des Bundes eingeplant. In Thüringen wurden im Vorfeld der Investitionsplanung zunächst von den Kreisen sogenannte Prioritätenlisten zu den Investitionsmaßnahmen erarbeitet (vgl. z.B. GEHRMANN/ZOBEL 1994 und GEHRMANN/ZOBEL 1995).

Die Vorschriften über die Investitionsförderung in Thüringen unterscheiden sich von anderen neuen Bundesländern. Thüringen fördert bis zu 100% der förderfähigen Investitionskosten. Im einzelnen beschreibt die Einzelprojektförderung von Pflegeeinrichtungen⁹⁷ die Sanierungsmaßnahmen, Ersatz- und Neubauten von teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen. Gefördert werden Maßnahmen nach Artikel 52 des Pflegeversicherungsgesetzes mit zuwendungsfähigen Ausgaben einschließlich Umsatzsteuer und Erstausrüstung je Pflegeplatz bis zu:

- 75.000,- DM (38.347 EUR) für den Erwerb, den Neubau oder die Erweiterung einer teilstationären Pflegeeinrichtung bzw.
- 60.000,- DM (30.678 EUR), sofern die teilstationäre Pflegeeinrichtung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung integriert ist und
- 150.000,- DM (76.694 EUR) für den Erwerb, den Neubau oder die Erweiterung einer vollstationären Pflegeeinrichtung.
- Bei Umbau oder Modernisierung einer Pflegeeinrichtung betragen die zuwendungsfähigen Ausgaben höchstens 75%.

Daneben existieren eine Reihe weiterer Förderprogramme zur Entwicklung, Ausbau und Verbesserung der Angebote und Infrastrukturen für ältere und/oder pflegebedürftige Menschen (zur Übersicht s. Tab. I-4 in Anlage I - 1.10). Die wichtigsten sind:

- Pauschalförderung: Instandhaltung, Instandsetzung, Wiederbeschaffung und Ergänzung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von bis zu 15 Jahren in Form von Zuschüssen als Festbetragsfinanzierung. Jahrespauschale je bedarfsgerecht festgeschriebenen Pflegeplatz im Landespflegeplan bei Eigentum der Pflegeeinrichtung
 - eigenständige teilstationäre Pflegeeinrichtung: 1.600,- DM (818 EUR),
 - teilstationäre Pflegeeinrichtung integriert in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung: 1.400,- DM (716 EUR),
 - vollstationäre Pflegeeinrichtung: 1.900,- DM (971 EUR).
- Förderung von Kapitaldiensten/Schuldendienstlasten: Aufwendungen für Zinsen, Tilgungen und Verwaltungskosten bei Darlehen, die zur Finanzierung der Investitionskosten aufgenommen worden sind. Zuschüsse zu den laufenden Belastungen oder Ablösung eines Darlehens (je belegten Pflegeplatz mit Pflegebedürftigen).

⁹⁷ Thüringer Gesetz zur Ausführung des Pflegeversicherungsgesetzes vom 20.06.1996 (GVBl. S. 97-101), Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Ausführung des Pflegeversicherungsgesetzes vom 12.12.1996 (GVBl. S. 62-66).

- Förderung von Nutzungsentgelten: Aufwendungen für Miete, Pacht, Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstigen mittel- und langfristigen abschreibungsfähigen Anlagegütern. Zuschüsse für Aufwendungen je belegtem Pflegeplatz mit Pflegebedürftigen.
- Offene Altenhilfe: Maßnahmen der offenen Altenhilfe in Altenberatungsstellen, Altenbeggnungsstätten, Senioren-Büros und Senioren-Clubs u. ä., die innovativen Charakter tragen oder besonders förderwürdig erscheinen. Bis zu 70% der zuwendungsfähigen Kosten.

2.3.5.4 Voraussetzungen und Anforderungen an die Pflegeinfrastruktur und Förderung

Die Pflegekassen dürfen ambulante oder stationäre Pflegeleistungen grundsätzlich nur durch zugelassene Pflegeeinrichtungen gewähren. Maßgeblich dafür ist das Bestehen eines Versorgungsvertrags (§ 72 Abs. 1 Satz 1 SGB XI). Der Versorgungsvertrag ist substantieller Bestandteil des Zulassungsverfahrens. Im Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen festzulegen, die von der Einrichtung für Pflegebedürftige zu erbringen sind.⁹⁸ Bei Pflegediensten ist im Gegensatz zu Pflegeheimen im Versorgungsvertrag der örtliche Einzugsbereich festzulegen, damit lange Wege möglichst vermieden werden. Die Einrichtung ist verpflichtet, die Dienstleistungen im Rahmen dieses Versorgungsvertrages zu erbringen. Für den Abschluss eines Versorgungsvertrages müssen Pflegeeinrichtungen grundsätzlich folgende Anforderungen erfüllen:

1. Die Einrichtungen müssen dem Zweck dienen, Pflegebedürftige zu versorgen. Einrichtungen, in denen die medizinische Vorsorge oder Rehabilitation, die berufliche oder soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Kranker oder Behinderter im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung steht, können nicht als Pflegeeinrichtungen zugelassen werden.
2. Die Einrichtung muss geeignet und in der Lage sein, die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu pflegen, zu versorgen und zu betreuen. Inhalt und Organisation ihrer Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.
3. Die von der Einrichtung angebotene ambulante oder stationäre Pflege muss unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft ausgeführt werden.⁹⁹
4. Die Einrichtung muss „selbstständig wirtschaftend“ sein.¹⁰⁰

Werden die Voraussetzungen für die Zulassung von einer Einrichtung erfüllt, können die Pflegekassen den entsprechenden Antrag nicht ablehnen. Das SGB XI erlaubt weder eine „Selektion“ noch sieht es eine Begrenzung auf eine Anzahl von Einrichtungen vor, die zur pflegerischen Versorgung der Bevölkerung als erforderlich anzusehen wären. Es besteht keine Planungsaufgabe.

Anders ist es bei der Aufnahme stationärer Pflegeeinrichtungen in den Landespflegeplan bzw. ambulanter Pflegedienste in die örtlichen Pflegepläne. Hier entscheidet über die Aufnahme unter anderem der Bedarf sowie die spezifischen, z.B. durch den Landespflegeausschuss formulierten, Anforderungen an die Einrichtungen. Die Landespflegeplanung setzt neben den grundsätzlichen Bedingungen für den Abschluss eines Versorgungsvertrages dementsprechend weitere (Planungs-) Kriterien voraus (vgl. ThürAGPflegeVG-DVO):

- Einrichtungen der Tagespflege: mindestens 12 Pflegeplätze, vollstationäre Einrichtungen: mindestens 60 bis 120 Plätze. Unterschreitung der Mindestkapazität nur, wenn die betriebswirtschaftliche Leistungsfähigkeit gewährleistet ist.
- Mindestens 80% Einzelzimmer in der Pflegeeinrichtung. Größe der Einzelzimmer mindestens 16m² und Doppelzimmer mindestens 22m².

⁹⁸ Regelungen zu Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen bilden den Kern des Versorgungsvertrages, der für jede Pflegeeinrichtung individuell sein kann. Der Vertrag regelt die Art der Einrichtung (ambulant, teil- oder vollstationär) und die Art der Leistungen (in der häuslichen Pflege: Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung; im stationären Bereich: soziale Betreuung, medizinische Behandlungspflege, Unterkunft, Verpflegung und ggf. Zusatzleistungen). Ferner besteht die Möglichkeit der Spezialisierung auf einen bestimmten pflegerischen Bedarf oder bestimmte Zielgruppen (z. B. Apalliker, Demenzerkrankte).

⁹⁹ Bei dem Begriff der Pflegekraft handelt es sich um einen Oberbegriff, der alle mit der Pflege von Personen betrauten Kräfte umfasst. Durch die Verwendung des Wortes „Kraft“ wird signalisiert, dass es sich um eine erwerbstätige Person handelt.

¹⁰⁰ Eine Einrichtung ist selbstständig wirtschaftend, wenn sie entweder ausschließlich Pflegebedürftige versorgt oder (bei gemischten Einrichtungen) den „Betriebsbereich“ der Pflege finanziell und wirtschaftlich getrennt von ihrem übrigen Leistungsangebot führt.

- Aus dem Standort resultierende Wegezeiten für betreute Pflegebedürftige dürfen 30 Minuten pro Fahrt nicht überschreiten.

Hinsichtlich des Umfangs der pflegerischen Versorgung bezieht sich der Versorgungsvertrag auf die Kapazitäten der Einrichtung, auf die Zahl der zu versorgenden Pflegebedürftigen bzw. die Zahl der Pflegebetten oder -plätze. Jeder Versicherte hat Anspruch auf die freie Wahl der Pflegeeinrichtung. Die Pflegeeinrichtung kann im Rahmen der vereinbarten und verfügbaren Kapazitäten die Pflege und Versorgung Pflegebedürftiger nicht ablehnen. Eine Ablehnung wäre nur möglich, wenn das spezielle Pflegekonzept der Einrichtung, z.B. aufgrund einer Spezialisierung, der Versorgung entgegensteht. Dadurch soll einer Selektion der Pflegebedürftigen durch die Pflegeeinrichtungen, z.B. in vermeintlich „gute Risiken“, entgegen gewirkt werden.

Ambulante Pflegedienste beklagen zum Teil weite Wege und hohe Weg-Zeitkosten bei der Versorgung der Pflegebedürftigen. Da dem Autor bisher keine offiziellen lokalen oder regionalen Analysen und Planungen zur Abgrenzung von Einzugsbereichen der Pflegedienste bekannt sind, wirft das die Frage auf, ob die Einzugsbereiche im Versorgungsvertrag sachgerecht gewählt werden. Ist im Versorgungsvertrag beispielsweise geregelt, dass das gesamte Stadtgebiet einer Großstadt oder einer bestimmten (größeren) Region zum Einzugsgebiet gehört, so ist festzustellen, dass der Dienst alle Aufträge unabhängig von der dann zu bewältigenden Entfernung anzunehmen hat und nur die Preise entsprechend der Vergütungsvereinbarung in Rechnung stellen darf.

2.3.6 Entwicklung in Thüringen: Territorialplanung und Raumplanung

Im Sinne der Rahmenbedingungen dieses Kapitels werden im Folgenden grundlegende Elemente der Territorialplanung, Siedlungsstrukturplanung und räumlichen Entwicklung in Thüringen kurz skizziert. Einige Ergebnisse der Arbeit sind nur in Kenntnis der Zeit vor 1990 zu interpretieren (z.B. für die Stadt Suhl).

2.3.6.1 Territorialplanung

Die räumliche Planung in der DDR verstand sich als integrierter Bestandteil der zentralistischen Volkswirtschaftsplanung und hatte mit der Territorialplanung eine primär ökonomische Ausrichtung (vgl. u.a. USBECK/KIND 1990). Die Bedeutung und Orientierung der räumlichen Planung sowie die Raumstrukturentwicklung gliederte sich entsprechend dem Entwicklungsverlauf der DDR in „Wiederherstellungs- extensive und intensive Etappe“ (vgl. KIND 1993 und KIND 1997). Schwerpunkt nach der Wiederherstellungsphase war bis 1975 die ökonomische Rayonisierung und die Ausprägung von Wirtschaftskomplexen, um u.a. planmäßig einen Industrialisierungsprozess in weniger entwickelten Regionen einzuleiten (Ausrichtung der Territorialplanung auf Prinzipien der Standortverteilung der Produktion – extensive Wirtschaftsentwicklung).¹⁰¹ Es kam zu einer beachtlichen Umverteilung von Investitionsmitteln aus den Industrie- und Ballungsbezirken in die Agrarbezirke. Im Ergebnis der Angleichungspolitik kam es zu einem „deutlichen Nivellierungsprozeß, auch wenn die Unterschiede nach wie vor beträchtlich blieben“ (KIND 1997: 37).

Mit dem Paradigmenwechsel in den 70er Jahren wurden das raumpolitische Leitbild der Angleichung von Entwicklungsniveau und Lebensstandard aufgegeben, da das Ungleichgewicht zwischen den geförderten Bezirken und den altindustrialisierten Ballungsbezirken weitreichende Konsequenzen hervorrief. So führte u.a. die höhere Wohnungsvergütung sowie der bessere Wohnungs- und Infrastrukturstandard in den geförderten Gebieten zu deutlichen Wanderungsgewinnen insbesondere junger Familien und entsprechendem Arbeitskräftedefizit in den Ballungsbezirken. Aus diesem Widerspruch für die Regionen mit dem nach wie vor größten Anteil der Industrieproduktion sowie den hohen und volkswirtschaftlich ungünstigen Investitionsaufwendungen in den weniger erschlossenen Gebieten wurde ein neues Leitbild entwickelt: „Nutzung der Vorzüge der Ballungsgebiete und aller geschaffenen Kapazitäten zur Intensivierung der Wirtschaft“ – der neue Schwerpunkt war die „territoriale Rationalisierung“ (KIND 1997: 39f.). Mit dem staatlichen Wohnungsbauprogramm erfuhr zudem die Siedlungsstrukturplanung als Teil der Territorialplanung an Bedeutung. Die wichtigste territoriale Planungsebene war der Bezirk mit der Bezirksplankommission und den Büros für

¹⁰¹ Eine zentrale theoretische Grundlage der Territorialplanung in der DDR war die Theorie der gebietsbildenden, -bedienenden und -füllenden Faktoren sowie die Rayonisierung. Nach Kind (1993: 779) ist diese Orientierung „weitgehend identisch“ mit dem sogenannten Exportbasiskonzept der regionalen Wirtschaftsforschung und wurde mit dem sowjetischen Konzept des territorialen Produktionskomplexes weiterentwickelt (ökonomische Regionalplanung).

Territorialplanung. „Hauptaufgaben der Territorialplanung waren die territoriale Sicherung der in den Volkswirtschaftsplänen für die jeweiligen Bezirke und Kreise ausgewiesenen Aufgaben. Der Standortbestimmung und Sicherung von Investitionen der produzierenden Zweige, der Infrastruktur und insbesondere des staatlichen Wohnungsbauprogramms.“ (HEIDENREICH 1993: 39).

Rahmensetzende und instrumentelle zentrale Vorgaben waren unter anderem die von der Forschungsleitstelle für Territorialplanung bei der Staatlichen Plankommission erarbeiteten sieben Siedlungskategorien als Planungs- und Entwicklungstypen. Die Siedlungskategorie 2 und 3 (Großstädte und große Mittelstädte) waren die Schwerpunkte der Investitionstätigkeit der Kombinate, des Ausbaus der sozialen und technischen Infrastruktur und des staatlichen Wohnungsbaus. Feierabend- und Altenheime wurden maßgeblich zentral in diesen Siedlungskategorien errichtet. Hervorzuheben ist die Diskussion um die Siedlungskategorie 7 „Kleinsiedlungen mit unzureichenden Lebensbedingungen“. Aufgrund der Auffassung von der Siedlungsstruktur als nationales Kulturerbe kam es nicht zu einer planmäßigen Aufgabe als Wohnstandort, sondern die Erhaltung aller Siedlungen wurde postuliert (vgl. KIND 1993). HEIDENREICH (1993) verweist im Zusammenhang der Wirkungen der Siedlungskategorien auf die Festsetzung des Industrie- und Arbeiterzentrums Suhl 1952 als Bezirksstadt mit ca. 24.000 Einwohnern gegen die Residenzstadt Meiningen mit 23.500 Einwohnern. Dadurch erfuhr Suhl in den 40 Jahren der DDR ein enormes Wachstum in allen Bereichen der Wirtschaft, Infrastruktur, Kultur, Verwaltung und insbesondere der Einwohnerzahl mit einer Zunahme von über 200%. Wie noch zu zeigen ist, hat diese standortpolitische Entscheidung für Suhl noch heute weitreichende Konsequenzen.

Der ländliche Siedlungsbereich wurde durch die Bildung von LPG's mit immer größeren Dimensionen der räumlichen Ausdehnung und Spezialisierung sowie der proklamierten „Industrialisierung der landwirtschaftlichen Produktion“ umgeformt. Die meisten Dörfer verloren ihre landwirtschaftliche Produktionsfunktion und wurden zu Wohnorten der LPG-Mitarbeiter oder von Auspendlern.

Zusammenfassend stellt KIND (1997: 18) fest: „Obwohl in der DDR ein grundsätzlich anderes Gesellschafts- und Wirtschaftsmodell bestand, das für die räumliche Planung ein völlig anderes Aufgabenfeld ergab, bestanden in den Grundpositionen und auch in den Methoden erstaunliche Übereinstimmungen.“ Das betrifft nach KIND (1997) insbesondere die Zielstellung der Schaffung gleichwertiger Lebensverhältnisse (in der DDR bis 1975 mit der „Angleichung des wirtschaftlichen Entwicklungsniveaus und des Lebensstandards“) und das Zentrale-Orte-Konzept.

Mit der Neulokalisation von Produktionskapazitäten wurde in ehemals rückständigen Teilgebieten (wie dem Eichsfeld oder dem Thüringer Wald) eine Entwicklung herbeigeführt bzw. erstmalig initiiert (vgl. KIND 1997). Im Ergebnis hat in der DDR eine deutliche Reduzierung der Unterschiede im Entwicklungsniveau der Teilgebiete stattgefunden – jedoch auch zu Lasten deutlich steigender innerer Widersprüche (z.B. in den Ballungsbezirken bzw. den verfallenden Innenstädten). USBECK (1989: 347) bestätigt diesen grundsätzlichen Angleichungsprozess anhand des Rückgangs des Binnenwanderungsvolumens, was als „Ausdruck der Überwindung wesentlicher regionaler Unterschiede in den Lebensbedingungen“ gewertet werden kann.

2.3.6.2 Siedlungsstruktur und Zentrale Orte

Der Thüringer Raum wird insgesamt flächendeckend von rd. 4.000 Siedlungen bedeckt. Die Siedlungsdichte wird nach Ost-Südost immer höher, die Einwohnerzahl der ländlichen Siedlungen jedoch geringer. Dieses Grundmuster der Thüringer Siedlungsstruktur bildete sich vom 10. bis zum 14. Jahrhundert heraus (vgl. HEIDENREICH 1993: 29). HEUNEMANN (1992: 61) stellt fest: „Im 14. Jahrhundert war die dichteste Besiedlung vorhanden, und in der nun einsetzenden und bis ins 16. Jahrhundert reichenden Wüstungsperiode wurde fast die Hälfte aller bestehenden Siedlungen aufgelassen. Am Ende der Wüstungsperiode hatte sich das heute noch vorhandene Netz der Siedlungen herausgebildet.“ Verallgemeinert ist westlich der Ilm-Saale-Linie ein verhältnismäßig weitmaschiges Netz relativ großer Dörfer entstanden, während östlich davon ein viel dichteres Netz überwiegend kleiner und kleinster Siedlungen prägend ist. Für die städtische Siedlungsstruktur ist die große Anzahl von kleinen Land und Ackerbürgerstädten mit Einwohnerzahlen von unter 5.000 (rd. 55%) und teilweise auch unter 2000 Einwohnern prägend.

An der sich daraus ergebenden „feinen“ Gemeindestruktur hat sich bis zur Wende 1989 kaum etwas verändert. In der DDR wurden Eingemeindungen in die Städte sowie administrative Zusammenschlüsse restriktiv gehandhabt (vgl. HEIDENREICH 1993: 35). Außer im Rahmen eines Min-

destmaßes an Verwaltungsrationalität kam es nicht zu Gemeinden mit vielen Ortsteilen. Die Gebietsreform der DDR von 1952 hatte mit der Feststellung der Bezirks- und Kreisstädte eine besondere Bedeutung. Bei GRIMM¹⁰² heißt es: „... unter sozialistischen, planwirtschaftlichen Verhältnissen an die administrative Lokalisierung fast gesetzesmäßig viele weitere Standortentscheidungen bis hin zu Produktionsinvestitionen angelehnt waren und zahlreiche weitere Mechanismen zur Stärkung der Bezirksstadt (analog: Kreisstadt) eingesetzt werden konnten, z.B. bei den Festlegungen der Wohnungsbaustandorte, bei der Berufsausbildung, bei der Festlegung der Linienführung des öffentlichen Personennahverkehrs“. So stellt HEIDENREICH (1993) fest, dass die kleinen Kreisstädte in den 40 Jahren der DDR gegenüber anderen Kleinstädten gleicher Ausgangsbedingungen ein bemerkenswertes Wachstum und einen Bedeutungszuwachs im Siedlungssystem erlangt haben. Kleinere Siedlungskategorien mit Zentrumsfunktion hatten die Aufgaben der erweiterten Siedlungsfunktion bzw. der Grundversorgung und entsprachen etwa den Funktionen der heutigen Unter- bzw. Kleinzentren.

Insgesamt sicherte die Siedlungsstrukturplanung und Territorialplanung eine gute normative flächendeckende Versorgung auf dem Land ab. Das kennzeichnet auch die Gemeindeschwester, die flächendeckend auf dieser Ebene die Grundversorgung sicherstellte (s. Abschnitt 2.2.2). Dennoch wurden die Kleinstädte in der DDR bei der Reproduktion und Erhaltung der technischen Infrastruktur und Bausubstanz vernachlässigt. Zum einen konzentrierte sich die staatliche Wohnungsbaupolitik auf die Kreisstädte und Bezirksstädte und zum anderen kamen die Eigeninitiativen und Unterstützungen durch Betriebe und LPGs bei der Erhaltung und Modernisierung der Bausubstanz, wie sie in den Dörfern möglich war, nicht zur Wirkung (vgl. HEIDENREICH 1993: 42). Dies führte u.a. dazu, dass nach der Wende ein Altenhilfeangebot nur in den Bezirks- und Kreisstädten vorhanden war (ohne Berücksichtigung der Gemeindeschwestern).

HEIDENREICH (1993) untersuchte Kontinuität und Brüche in der Siedlungsentwicklung und -struktur beim Übergang vom planwirtschaftlichen System der Territorial- und Siedlungsplanung zum Raumordnungssystem der Bundesrepublik nach 1990. Insgesamt kommt er zum Ergebnis, dass die Ausweisungen von Siedlungs- und Zentralortkategorien nahezu identisch sind. Lediglich die Ausstattung mit zentralörtlichen Funktionen wies Unterschiede zu den zentralen Orten vergleichbarer Kategorie in den alten Bundesländern auf. Hinzugekommen sind jedoch eine verstärkte Ausprägung der Umlandfunktionen, der Stadt-Umland-Beziehungen oder der Funktionsteiligkeit zentraler Orte. HEIDENREICH folgert daraus aber auch, dass das dichte Siedlungsnetz in Thüringen die Gefahr einer „Inflation“ bei der Ausweisung von Zentralorten in sich birgt. In diesem Kontext steht die Diskussion um die Konkurrenz der Gemeinden untereinander. Eine Überbewertung der kommunalen zukünftigen Entwicklung und Bedeutung, z.B. als Gewerbe- oder Wohnstandort, führte seit 1990 zu einer ungesunden Konkurrenz der Gemeinden. So entwickelten sich überdimensionierte Ansiedlungsstandorte. Mittlerweile kann in vielen Regionen von einer planlosen Zersiedlung des Raumes besonders im Umland der Städte gesprochen werden.

Charakteristisch für die Städte und Dörfer in Thüringen war 1990 ihre ursprüngliche Siedlungsdichte und Kompaktheit sowie eine weitgehende Landschaftsverbundenheit beim Übergang von der Stadt zum Land. Diese Situation hat sich seither massiv verändert. Neben der Stadt-Umland-Forschung liegen jedoch keine Indikatoren vor, die diese Entwicklung seit 1990 quantifizierbar machen.

2.3.6.3 Gemeindestruktur und kommunale Neugliederung

Entsprechend der kleinsten statistischen Einheit kommt der Gemeinde als Aggregat vieler Siedlungen eine große Bedeutung zu. So wird die dichte Siedlungsstruktur von ca. 4.000 Siedlungen noch deutlich in der Gemeindestruktur 1990 mit der sehr großen Anzahl von 1707 Gemeinden abgebildet (s. Anlage Karte II-6). Viele Gemeinden bestanden aus nur einer Siedlung ohne weitere Ortsteile. Erst in Folge der kommunalen Neugliederung¹⁰³ ist die Kleingliedrigkeit in der Gemeindestruktur zurückgegangen und neue Gemeinde(-konstrukte) mit einer Vielzahl von Ortsteilen entstanden.

¹⁰² zitiert aus Heidenreich 1993: Grimm, F.D.: Die Siedlungs- und Raumordnungspolitik in der ehemaligen DDR zwischen Wunsch und Wirklichkeit, In: Schaffer, D. (Hg.): Innovative Regionalentwicklung, Augsburg 1993, S. 135-142

¹⁰³ Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Neugliederung der Landkreise der kreisfreien Städte in Thüringen (Thüringer Neugliederungsgesetz vom 16.08.1993 – ThürNGG) am 01.07.1994 wurde die Kreisstruktur neu gestaltet. Ferner bildet die Thüringer Kommunalordnung (ThürKO) gesetzliche Grundlage für die Gemeindegebietsreform, die erst ab einer Mindesteinwohnerzahl von 3.000 eine eigenständige Verwaltungs- und Leistungskraft einer Gemeinde vorsah.

Die Neugliederung soll die Handlungsfähigkeit der Gemeinden verbessern, deren wachsenden Aufgaben des eigenen und übertragenen Wirkungskreises sowie den Erwartungen der Bürger und Anforderungen der kommunalen Daseinsvorsorge auf Dauer gerecht werden (vgl. TMWI 1998: 12). Ziel war u.a. neben einer Stärkung der Verwaltungskraft auch der Aufbau und die Vorphaltung einer modernen Infrastruktur.

Über 50% der Gemeinden erfüllten die festgeschriebenen Kriterien zum Erhalt der Eigenständigkeit nicht. Bis zum Jahr 2000 reduzierte sich so die Gemeindeanzahl um knapp 700 auf 1019 Gemeinden. Teilweise bestehen die neuen Gemeinden aus über 10 ehemals eigenständigen Gemeinden der Struktur von 1990. Anlage Karte II-6 zeigt die regional unterschiedlichen Auswirkungen anhand der Anzahl ehemaliger Gemeinden 1990 in der Struktur von 2000. Nicht dargestellt ist die große Anzahl von Verwaltungsgemeinschaften bzw. erfüllenden Gemeinden ohne Aufgabe der kommunalen Selbständigkeit. Nur noch 116 Gemeinden gehören keiner kommunalen Struktur an. Alle anderen sind Teil einer Verwaltungsgemeinschaft oder haben die Aufgaben einer erfüllenden Gemeinde übertragen. Im südlichen und östlichen Thüringen ist die Gebietsreform am stärksten ausgeprägt (s. hierzu Anlage Karte II-6 zur kartographischen Darstellung der kommunalen Gebietsreform in Thüringen von 1990 bis 2000).

Es ist festzustellen, dass diese Beständigkeit der Siedlungsstruktur unabhängig der administrativen Verwaltungsorganisation und -struktur weitreichende Konsequenzen hat. Die organisatorisch notwendige kommunale Neugliederung führte zu einer Verschlechterung der statistischen Detailgenauigkeit auf Gemeindeebene. Bedeutend ist, dass heute unter kommunaler Infrastrukturplanung verstärkt wieder die Siedlungsstruktur und weniger die Gemeinde als Analysegrundlage gewählt werden sollte. Dies führt bei Sozialindikatoren automatisch zu Maßstabsproblemen und Unschärfen (z.B. bei der Umfeldanalyse älterer Menschen). Zu beachten ist daher immer, dass diese „feine“ und sehr disperse Siedlungsstruktur in Thüringen ein zentrales Attribut bei allen Planungen sein muss. Da in Thüringen keine ausgeprägte allgemeine Bevölkerungskonzentration zu erkennen ist, muss konsequent von einem flächenhaften Bedarf und Nachfrage ausgegangen werden. Hinzu kommt, dass im Raumordnungsbericht 2000 (BBR 2000) festgestellt wird: „Obwohl die Gesamtbevölkerung auch in der 2. Hälfte des ausgehenden Jahrhunderts deutlich stieg, standen 1997 jedem Bürger im früheren Bundesgebiet statt 350m² wie im Jahr 1950 nunmehr fast 500m² Siedlungsfläche zur Verfügung.“ Die neuen Bundesländer werden ebenfalls diese Entwicklung nehmen, und eine Trendumkehr sowohl in den neuen wie auch in den alten Bundesländern ist noch nicht zu erkennen. Die Folge ist eine Bevölkerungsverteilung auf einer viel größeren Siedlungsfläche, was zunehmende Erreichbarkeitsprobleme und Mobilitätsbedürfnisse mit sich bringt.

2.4 Demographischer Wandel und Schrumpfungsprozesse – Konsequenzen und Ableitungen

Der weit gespannte Rahmen des Grundlagenkapitels 2 erschließt das Schlagwort „demographischer Wandel“ und „Schrumpfung“ als Kernfragen der vorliegenden Arbeit. Mit dem nachfolgenden Diskurs zum demographischen Wandel und zur Schrumpfungproblematik werden die tatsächlichen Konsequenzen für die Senioren und speziell für pflegebedürftige Menschen abgeleitet, um mit diesem aktuellen Diskussionsstand die eigentlichen Herausforderungen der Altenhilfe und Pflege als eine zentrale Prämisse der vorliegenden Arbeit darzustellen.

2.4.1 Demographischer Wandel – Positionierung und Konkretisierung

Tatsache ist, die Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland wird in bisher unbekannter Dimension¹⁰⁴ altern und schrumpfen, auch wenn zumindest das Altern der Bevölkerung keine neue Erkenntnis ist.¹⁰⁵ Dabei sind die Korridore der zukünftigen (demographischen) Entwicklung relativ eindeutig zu belegen, und im Vergleich zur Vergangenheit erfahren die Ergebnisse der aktuellen Bevölkerungsvorausschätzungen erstmalig sowohl gesellschaftlich als auch politisch eine größere Bedeutung. Ein demographisch kritischer Punkt im Verhältnis von jüngeren zu älteren Generatio-

¹⁰⁴ In einem Gastkommentar zum Zuwanderungsgesetz formulierte MÜNZ in DIE WELT vom 09.03.2001 die Situation folgendermaßen: „Was dies bedeutet, können sich die meisten von uns nicht vorstellen. Es gibt aus den letzten zwei Jahrhunderten keine historischen Erfahrungen, auf die wir zurückgreifen könnten. Denn in beträchtlichem Umfang schrumpfte die Bevölkerung auf dem Gebiet des heutigen Deutschlands zum letzten Mal während des Dreißigjährigen Krieges; also zwischen 1618 und 1648.“

¹⁰⁵ KONRAD ADENAUER in seiner Regierungserklärung vom 20.10.1953: "Die wachsende Überalterung des deutschen Volkes steigt andauernd (...), weil die Langlebigkeit wächst und die Geburtenzahl abnimmt." (zitiert nach SPIEGEL vom 15.09.1954, S.10)

nen wird etwa ab dem Jahr 2020 erreicht. Die zur Zeit bevölkerungsstärkste Generation des sogenannten „Baby-Booms“ der späten fünfziger und sechziger Jahre wird nach 2020 „Alt“ im Sinne dieser Arbeit sein. Danach folgen geburtenschwächere Jahrgänge (vgl. Abschnitt 2.1.4). In Thüringen (und den anderen neuen Bundesländern) wird dieser bundesdeutsche Trend zusätzlich von hohen Wanderungsverlusten und niedrigen Geburtenzahlen negativ verstärkt. Die Bevölkerungsalterung und -schrumpfung wird dort deutlich schneller verlaufen.

Die nachfolgenden bevölkerungsschwachen Generationen haben hohe Erwartungen zu erfüllen: „Sie sollen mehr Güter und Dienstleistungen produzieren, die Renten finanzieren und damit die älteren Generationen versorgen.“ (MÜNZ 2001). Mögliche Verbesserungen der Lebens- und Umweltqualität in Deutschland als positivistische Positionen zum demographischen Wandel¹⁰⁶ stehen gewaltige Konsequenzen für die sozialen Sicherungssysteme und sozioökonomischen Grundlagen gegenüber. So gehen mit einer abnehmenden Erwerbstätigengeneration zwangsläufig auch die Beitragszahler für alle Formen solidarischer Finanzierungssysteme der sozialen Sicherung zurück (vgl. Abschnitt 2.2). Der privaten und kapitalmarktorientierten (Alters-)Vorsorge ist ein gleichermaßen problematischer „demographischer Faktor“ immanent, denn die zukünftig zahlenmäßig kleineren Generationen müssen die entsprechend notwendige Marktnachfrage generieren.¹⁰⁷

In der Öffentlichkeit weniger deutlich wahrgenommen werden aber vor allem die steigenden direkten (persönlichen) Hilfe- und Pflegeleistungen von jüngeren Generationen für immer mehr ältere Menschen bei gleichzeitig zunehmender infrastruktureller Ausdünnung gesellschaftspolitisch brisant sein (vgl. u.a. Abschnitt 2.3). Aber bereits heute ist ein Rückgang privater/häuslicher Pflege (Pflegegeldleistungen) und ein Anstieg professioneller Pflegeleistungen messbar. Diese Tendenzen sind aber noch nicht auf einen quantitativen Rückgang des Pflegepotentials zurückzuführen (z.B. im Verhältnis zur Zahl pflegebedürftiger Menschen: s. u.a. Abschnitt 4.2.3), sondern „nur“ auf qualitative Veränderungen bei der Pflegebereitschaft (z.B. aufgrund gestiegener außerfamiliärer oder beruflicher Anforderungen). So konnte für Thüringen diese Tendenz mit einer strukturellen Zunahme professioneller Pflege in Abhängigkeit von u.a. regionaler Arbeitslosigkeit identifiziert werden (s. Abschnitt 6).

Annäherungen an demographische Grundpositionen - Wahrnehmung

Für mögliche Entwicklungsalternativen sind daher die Positionen zum demographischen Wandel von großer Bedeutung. Die Synopsis zur Bevölkerungsentwicklung (Abschnitt 2.1.3 und 2.1.4) und die empirisch belegte Situation in Thüringen (Abschnitt 4.2 und 4.4) zeigen zu Beginn des 21. Jahrhunderts, dass die Hoffnung auf ein demographisches Gegensteuern zunehmend unglaublicher wird. Zwar haben Prognosen und Szenarien den ureigenen Zweck, eine Entwicklung zu extrapolieren, um mit entsprechenden „Weichenstellungen“ das Eintreten eines prognostizierten negativen Zustandes möglichst zu vermeiden (vgl. exemplarisch HEUNEMANN (1992): Anlage Abb. II-19). Nach heutigem Kenntnisstand sind aber alle Prognoseparameter und ihre Stellgrößen entweder nachhaltig stabil, extrem resistent gegenüber äußerlichem Eingriff oder politisch sehr kontrovers. So ist allen Bevölkerungsprognosen und Modellrechnungen eine dauerhaft niedrige Fertilität immanent. Beinahe selbstverständlich werden die Rahmenbedingungen der Familie und Kinder, wie deren gesellschaftliche Akzeptanz oder die Erziehungskosten, den ökonomischen Bedingungen oder der Vorstellung eines Höchstmaßes an persönlicher Individualität und Freiheit, untergeordnet. Es hat den Anschein, dass ein niedriges Geburtengeschehen eine „hinnehmbare“ demographische Komponente ist und beinahe gesetzmäßig auf niedrigem Niveau fortgeschrieben werden kann.

Daher konzentrierten sich anfänglich die Schlussfolgerungen zum demographischen Wandel und zu einem möglichen Handlungsrahmen überwiegend auf Zuwanderungsmaßnahmen (so u.a. BMI 2001). Erst aus der Kontroverse zur Zuwanderungspolitik entwickelte sich eine neue politische und wissenschaftliche Plattform für aktivere Familien- oder auch Bevölkerungspolitik aber auch eine polarisierende Auseinandersetzung von Zuwanderungspolitik versus Bevölkerungspolitik:

- *Zuwanderungspolitik:* Ohne Zuwanderer droht Deutschland die „Vergreisung“ und ein wirtschaftlicher Absturz (MÜNZ¹¹⁰). Charakteristisch für die Zuwanderungsdebatte sind diametral unterschiedliche Positionen zur Notwendigkeit der Zuwanderung und eine Polarisierung der

¹⁰⁶ z.B. abnehmende Arbeitslosigkeit durch weniger Arbeitnehmer, Rückgang der Siedlungsdichte und der hohen Infrastrukturbelastung.

¹⁰⁷ In bereits 25 Jahren „müssen“ jüngere Generationen die vermeintlich lukrativen Kapitalanlagen der privaten Altersvorsorge der heute Erwerbstätigen am Kapitalmarkt nachfragen (Aktien, Immobilien, Fondsanteile usw.).

gesellschaftlichen Meinungsbildung.¹⁰⁸ Obwohl Zuwanderung nicht bloßes Interesse der Migranten, sondern vor allem im Interesse der bundesdeutschen Gesellschaft ist,¹⁰⁹ muss festgestellt werden, dass bisher weder von der Politik noch ausdrücklich von der Gesellschaft eine klare Stellungnahme zur Zuwanderung erfolgte. So ist die Aussage des Statistischen Bundesamtes, dass Zuwanderung nicht vom Verhalten der hier lebenden Bevölkerung abhängt, falsch (vgl. Abschnitt 2.1.3.3 und STATISTISCHES BUNDESAMT 2000). Grundsätzlich kann Zuwanderung kaum in Frage gestellt werden, da Deutschland ein Einwanderungsland war und ist¹¹⁰, nur die Höhe der Zuwanderung kann strittig sein. Für einen zahlenmäßigen Ausgleich der Bevölkerung müsste Deutschland eine Netto-Zuwanderung von schätzungsweise 324.000 Personen pro Jahr haben. (eine Verdoppelung der durchschnittlichen Netto-Zuwanderung der vergangenen 50 Jahre: vgl. z.B. Tab. 2-3)

Die meisten demographischen Studien kommen jedoch auch zu der Erkenntnis, dass Zuwanderung alleine nicht die Problemlösung für eine alternde und schrumpfende Bevölkerung darstellt (weiterhin schrumpfende Kernbevölkerung, rasche Anpassung der Geburtenzahlen von Zugewanderten usw.). Mit einer Nutzen-Kosten-Rechnung eröffnet BIRG zudem eine neue Perspektive auf die jahrzehntelang praktizierte Zuwanderungspolitik in Deutschland und meint, dass „Zuwanderer den Staat schon jetzt mehr kosten, als sie unseren Sozialsystemen an Einnahmen bringen.“¹¹¹ In einem Gutachten zum Zuwanderungsgesetzentwurf der Bundesregierung beschreibt BIRG (2001: 22) eine fiskalische Umverteilung von den Einheimischen zu den Zugewanderten.¹¹² Aus dieser „fiskalisch“ negativen Zuwanderungsbilanz, dem Ende einer „deutschen Mehrheitsgesellschaft bei den jüngeren“¹¹³ und einer demographischen Ausbeutung anderer Länder¹¹⁴ entwickelt BIRG eine neue Plattform für bevölkerungspolitische Argumentationen und gesamtgesellschaftliche Einstellungen.

- *Bevölkerungspolitik:* Kennzeichnend für die Grundpositionen einer aktiven Bevölkerungspolitik ist die Steigerung der Fertilität als Richtschnur staatlichen Handelns in der Demokratie: „In einer Demokratie besteht das oberste Ziel allen staatlichen Handelns in einer Politik für die Bevölkerung. Deren Qualität lässt sich daran messen, ob die Lebensbedingungen zu einer natürlichen Reproduktion der Bevölkerung oder zu ihrer ständigen Abnahme führen.“ (BIRG 2002) Dabei richtet sich die bevölkerungspolitische Begründung auf die Kritik, die Geburtendefizite durch Zuwanderung kompensieren zu wollen: „Eine Politik für die Bevölkerung zu betreiben, die die in Deutschland seit zweieinhalb Jahrzehnten praktizierte Bevölkerungspolitik durch Einwanderungen überflüssig macht, indem sie die Geburtenrate wieder auf das bestands-erhaltende Niveau von zwei Kindern pro Frau anhebt, ist langfristig ohne Alternative.“ (BIRG 2002) Eine aktive Bevölkerungspolitik will auf die Entwicklung und Struktur der Bevölkerung Einfluss nehmen. Ihr Ziel ist die Entwicklung von Strategien, um auf das Fortpflanzungsverhalten einzuwirken, eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage und Lebenserwartung der Bevölkerung zu erreichen sowie die Binnen- und Außenwanderungen zu steuern (vgl. auch SCHWARZ 2000).

Bevölkerungspolitische Ziele, wie eine Geburtenentwicklung mit bestandserhaltendem Niveau von 2,1 Kindern pro Frau, sind vor allem aus nationalsozialistischen Erfahrungen in Deutschland höchst

¹⁰⁸ Umfassende Darstellung der Positionen und Meinungsfronten zur Zuwanderung s. Internetseiten der Humboldt-Universität: <http://www.demographie.de/zuwanderungskonzepte/index.htm> (Zugriff: 23.07.2002).

¹⁰⁹ vgl. SPIEGEL-ONLINE-SERIE zu den Herausforderungen einer neuen Einwanderungspolitik: u.a. Gastkommentar von MÜNZ, RAINER <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,129917,00.html> (Zugriff: 23.07.2002) oder MÜNZ, RAINER: Land ohne Leute. Mehr Kinder, mehr Macht. Europa schrumpft, die USA wachsen. In: DIE ZEIT 03/2003.

¹¹⁰ MÜNZ, RAINER: „Den Zahlen nach schon. Zwölf Prozent der hier lebenden Menschen sind im Ausland zur Welt gekommen. Im klassischen Einwanderungsland USA sind es nur neun Prozent (...). Aber das Bewusstsein in Deutschland stimmt mit dieser Realität noch nicht überein. In unserer Gesellschaft dominiert die Vorstellung: Zuwanderung ist die Ausnahme und Sesshaftigkeit der Normalfall.“ In: DIE ZEIT vom 12.07.2001 (Quelle: http://www.demographie.de/aktuell/Artikel/zeit_010712.htm; Zugriff: 23.07.2002).

¹¹¹ BIRG, HERWIG: In den Großstädten werden sich die Deutschen integrieren müssen. In: Die Welt vom 02.01.2002, <http://www.welt.de/daten/2002/01/02/0102de305303>.

¹¹² So sind nach BIRG die sozialstaatlichen und fiskalischen Auswirkungen als Teil der Integrations- und Sozialkosten eindeutig zu erfassen und bilanziert für die Zugewanderten die Ein- und Auszahlungen. BIRG (2001: 21) stellt fest, dass pro Kopf und pro Jahr bei einer Aufenthaltsdauer von weniger als zehn Jahren beträchtlich mehr aus- als eingezahlt wird (ein Zugewanderter erhält durchschnittlich rd. 4.631 DM mehr vom Staat, als er an Steuern und Sozialabgaben zahlt).

¹¹³ „So wird der Anteil der Zugewanderten bei den unter 40jährigen ab 2010 in vielen deutschen Großstädten über einer 50%-Schwelle liegen und die Deutschen werden zur „Minderheit im eigenen Land“ (BIRG 2001: 28).

¹¹⁴ „Menschen sind durch nichts zu ersetzen, und um nach Deutschland einwandern zu können, müssen sie zuvor in irgend einem anderen Land geboren, erzogen und ausgebildet werden. Es ist unmöglich, ein Argument dafür zu finden, das Deutschland gegenüber anderen Ländern mit ähnlichen demographischen Bedingungen (...) dazu berechtigen könnte, die mit der Erziehung und Ausbildung von Kindern verbundenen Kosten und Mühen auf Dauer anderen, meist ärmeren Ländern aufzubürden und selbst die Früchte dieser Anstrengungen zu ernten.“ (BIRG 2001: 15).

umstritten, aber auch mit dem Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit innerhalb der Demokratie schwer vereinbar. So wird politisch eine zielorientierte Bevölkerungspolitik für Deutschland bisher ausgeschlossen und auch nicht im Abschlussbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ erwähnt (vgl. BUNDESTAG 2002). Diese Grundorientierung des politischen Handelns ist folgendermaßen zusammenzufassen: „Die Aufrechterhaltung einer bestimmten Bevölkerungsgröße, eines bestimmten Erwerbspotentials oder eines bestimmten Altersquotienten, also die Verwirklichung von demographischen Zielwerten, kann nicht Aufgabe demokratisch verantwortungsvoller Politik sein.“¹¹⁵ Grundsätzlich zu hinterfragen ist die neuerdings argumentativ vollzogene Subsummierung der gängigen Politikbereiche Familien-, Kinder- oder Frauenpolitik zu einer neuen aktiven Bevölkerungspolitik, denn die Ziel- und Wirkzusammenhänge sind anders.

- *Familienpolitik:* Anders als eine zielgerichtete Bevölkerungspolitik setzt Familienpolitik im weitesten Sinne am grundlegenden Recht der freien aber auch verantwortlichen und informierten Familienentscheidung und -planung aller Menschen an (was Kinderlosigkeit einschließt). Aus diesem grundgesetzlichen Recht wird die Pflicht für den Staat und die Gesellschaft abgeleitet, „die gegen die Erfüllung der Kinderwünsche gerichteten Barrieren abzubauen“ (WINGEN 2002). Gewissermaßen erhält die Familienpolitik als gemeinwohlorientiertes demographisches Allgemeininteresse erst im Kontext des Alterns der Bevölkerung eine bevölkerungsbezogene Dimension. So plädiert auch WINGEN (2002) für eine „bevölkerungsbewusste Familienpolitik“, die keine Bevölkerungspolitik im herkömmlichen, zuvor beschriebenen Sinn ist. Weder Kinder werden instrumentalisiert noch Kinderwünsche oder ihre Erfüllung von „außen“ bevölkerungspolitisch festgelegt. Schwerpunkt dieser üblichen familienpolitischen Position ist ausdrücklich nicht ein Eingriff in die individuellen Entscheidungsprozesse der Paare, sondern eine Politik, die Paaren hilft, gewollte Kinder auch zu bekommen. Insofern unterscheiden sich Bevölkerungspolitik und Familienpolitik in ihren Zielen und Mitteln im Spannungsfeld von individuellen Entscheidungen und bestehenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen grundlegend.

Tatsächlich hat das Bundesverfassungsgericht (BVG) mit dem Urteil vom 03.04.2001 zur Beitragsgerechtigkeit für Familien in der Pflegeversicherung in neuer Form familienpolitische Belange vertreten (BUNDESVERFASSUNGSGERICHT 2001).¹¹⁶ Unter anderem heißt es in der Begründung des BVG, dass in Deutschland die Zahl der Lebendgeborenen seit Mitte der sechziger Jahre „in rascher Folge“ gesunken sei und das damit die entscheidende Beitragsleistung von der Erziehung künftiger Beitragszahler unzureichend erbracht wird. Damit stellt das BVG fest, dass reine Beitragszahler nicht ausreichen (denn ihre Beiträge werden im gleichen Jahr der Einzahlung wieder ausgezahlt), sondern die Erziehung von zukünftigen Beitragszahlern entscheidend ist. Dieser „generative“ Beitrag zur sozialen Sicherung wird aber inzwischen von einem Drittel der jüngeren Jahrgänge durch zeitlebende Kinderlosigkeit nicht mehr geleistet. Das Urteil stellt daher eine Unvereinbarkeit der entsprechenden Beitragsregelungen des SGB XI mit dem Grundgesetz fest und erwartet vom Gesetzgeber eine „relative Entlastung der kindererziehenden Beitragszahler“ bis Ende 2004.¹¹⁷

Entsprechend dem Schlagwort vom „Demografischen Wandel“ und den damit verbundenen Implikationen hat das BVG einen „generativen Beitrag“ zum unverzichtbaren Bestandteil des umlagefinanzierten Sozialversicherungssystems erklärt. Der resultierende Handlungsauftrag ist bisher noch nicht umgesetzt worden. Das familienfreundliche Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Pflegeversicherung wird daher sowohl als Meilenstein einer generell stärkeren Entlastung von Familien durch den Staat gewertet (Kindererziehungsleistungen),¹¹⁸ als auch gemäß eines faktisch ersten Auftrags zur Bevölkerungspolitik angesehen.

Kritische Hinterfragung

So eindeutig sich das Dilemma des demographischen Wandels und der Alterung für die abhängigen Sozialsysteme abzeichnet, so kritisch müssen die einzelnen Positionen und Stellungnahmen hinter-

¹¹⁵ SPD Pressemitteilung Nr. 297 (4.04.2000): Erklärung zur UN-Studie „Bestandserhaltungsmigration: Eine Lösung für abnehmende und alternde Bevölkerungen?“ vom Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion in der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“.

¹¹⁶ Hintergrund des Verfahrens zur Beitragshöhe in der sozialen Pflegeversicherung ist die Beschwerde eines verheirateten Vaters von zehn Kindern, der sich dagegen gewandt hat, dass Betreuung und Erziehung von Kindern bei der Bemessung des Beitrags zur sozialen Pflegeversicherung nicht berücksichtigt werden.

¹¹⁷ Verfassungswidrige Benachteiligung aus Art. 3 und 6 GG sowie das Rechts- und Sozialstaatsprinzip von Eltern auf der Beitragsseite der Pflegeversicherung: § 54 Abs. 1 und 2, § 55 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2, § 57 SGB XI (s. BUNDESVERFASSUNGSGERICHT 2001).

¹¹⁸ Im Sinne einer ebenfalls familiengerechten Steuerpolitik mit dem Schwerpunkt auf steuerliche Entlastungen und direkte Zahlungen des Staates, die weitaus geeigneter sind, als z.B. von der Zahl der Kinder abhängigen Sozialversicherungsbeiträge.

fragt werden. Zu recht spricht BIRG vom „demographisch-ökonomischen Paradoxon“ rückläufiger Geburtenzahlen bei steigendem Einkommen. Eine einfache Ableitung von persönlichen Lebensentwürfen ohne Kinder aufgrund einer kollektiven, immer lückenloseren sozialstaatlichen Absicherung greift aber aus Sicht des Autors zu kurz. Die (bundesdeutsche) Sozialstaatlichkeit ist vor allem die Basis der ökonomischen Prosperität und des gesellschaftlichen Wohlstandes in Deutschland (s. Abschnitt 2.2.1). Keine oder andere soziale Sicherungssysteme müssen nicht automatisch zu höheren Geburtenzahlen führen.

Der sozialstaatliche Mangel besteht wohl eher – ohne es zum Thema der Arbeit zu machen – im Ungleichgewicht von Solidaritäts- und Subsidiaritätsprinzip. Eine weit ausdifferenzierte solidarische Absicherung (u.a. eines „nur“ über Beiträge erworbenen Rechtsanspruchs) entlässt viele Menschen aus ihren Verantwortungsbereichen, in die der Staat eigentlich nur subsidiär eingreifen sollte (s. Ausführungen in Abschnitt 2.2.1). KIRCHHOF¹¹⁹ beschreibt zwar zurecht eine Idealsituation: „Familiärer Unterhalt erspart öffentliche Sozialhilfe, private Pflege ersetzt die Dienstleistungen von Seniorenheim und Krankenhaus. Der persönliche Dialog macht eine psychologische und therapeutische Beratung überflüssig.“¹¹⁹ Aber die daraus oft abgeleitete Instrumentalisierung oder Institutionalisierung von Kindern und Familien ist grundsätzlich problematisch:

- Der Problem- und Handlungsdruck besteht vor allem mittelfristig für die kommenden 20 Jahre. Daher sind sozialpolitische Reformen nicht auf ein „reproduktives Mindestsoll“ von zwei Kindern pro Elternpaar als bevölkerungspolitische Zielgröße oder idealisierte Familienstrukturen zu reduzieren. Unter den gegebenen Bedingungen einer modernen und vor allem demokratischen Gesellschaft ist die sozialpolitische Institutionalisierung der Kinder als Elternrente und bevölkerungspolitisches Bestandhaltungsziel zumindest moralisch und ethisch umstritten.
- Das bevölkerungspolitische Hauptargument eines nachhaltigen Geburtenrückgangs und zunehmender Kinderlosigkeit ist zur Zeit nicht abschließend zu klären. GÜRTLER¹²⁰ beschreibt die konzeptionellen und methodischen Unsicherheiten der Geburtenthematik als „Märchen von 1,4 Kindern“ und belegt eindrucksvoll den Unterschied von zusammengefasster Geburtenziffer und durchschnittlicher Kinderzahl pro Frau. Diese „tatsächliche Fruchtbarkeit“ liegt in Deutschland weit höher: So haben die „Geburtsjahrgänge von 1955 bis 1960, die praktisch ihre gesamte gebärfähige Zeit in diesem 1,4-Korridor verbracht haben, im Schnitt mehr als 1,6 Kinder bekommen“.¹²⁰ Hintergrund der statistischen Diskrepanz zwischen veröffentlichter und realer Fruchtbarkeit ist der sogenannte „Tempoeffekt“. Wenn das Alter der Frauen bei Erstgeburt ansteigt, liegt die statistisch erfasste Geburtenziffer eines zurückliegenden Zeitraums niedriger als die tatsächliche Fruchtbarkeit der Frauen. Wird der Faktor „späte Mutterschaft“ unterschätzt, ist die Geburtenziffer mehrere Jahrzehnte lang verzerrt (ausführlich auch bei KRAFT 2003). Aufgrund konzeptioneller Schwierigkeiten bei den Datenerhebungen sind ebenso statistisch exakte Aussagen zur Kinderlosigkeit problematisch (vgl. DORBRITZ/SCHWARZ 1996).

So sicher der Geburtenrückgang in den vergangenen Jahrzehnten ist (die heute 65-jährigen Frauen haben im Schnitt 2,1 Kinder geboren, die heute 45-jährigen nur 1,6), so unsicher ist die noch zu erreichende tatsächliche Anzahl Kinder der heute unter 35-jährigen. Insbesondere die noch jüngeren Frauen zeigen deutliche Anzeichen dafür, dass die Geburtenziffern wieder steigen (s. u.a. GÜRTLER¹²⁰). Inwieweit also mit dem Pflegeurteil des Bundesverfassungsgerichts (BUNDESVERFASSUNGSGERICHT 2001) ein Einstieg in die Bevölkerungspolitik konkretisiert oder faktisch vollzogen wurde, ist zur Zeit nicht zu klären. Die Bandbreite bevölkerungspolitischer Argumentationen ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht abschließend zu bewerten. Das BVG-Urteil ist eine berechnete Familienentlastung im Sinne ihrer hohen Bedeutung aber keine aktive Bevölkerungspolitik mit Zielmargen einer „Mindestfertilität“ der Frauen.

2.4.2 Schrumpfungsprozesse – die räumliche Dimension des demographischen Wandels

Das Ausmaß und die soziale Brisanz des demographischen Wandels und der Alterung wird erst in seiner räumlichen Dimension deutlich. Der demographische Wandel, u.a. charakterisiert durch die

¹¹⁹ KIRCHHOF, PAUL: Wer Kinder hat, ist angeschmiert. Die kinderfeindliche Gesellschaft zerstört sich selbst. In: DIE ZEIT Nr.3 vom 11.01.2001: „Wer sich allein des Berufes wegen gegen ein Kind entscheidet, sollte sorgfältig bedenken, ob er damit nicht seiner Biografie einen weniger glücklichen Verlauf gibt.“

¹²⁰ GÜRTLER, DETLEF: Gerontokratie? Nichts da! Bald kommt der Baby-Boom. Warum sich Statistiker, Demographen und Schwarzseher irren, und was daraus folgt. In: DIE WELT vom 19.08.2003.

hohe Eigendynamik der demographischen Alterung und Schrumpfung (s. Abschnitt 2.4.1), wird zusammen mit ökonomischen Strukturbrüchen in einigen Regionen einen kumulativen negativen Prozess auslösen, der sogar zu einer regelrechten „Bevölkerungsimplosion“ führen kann (faktisch entleerte Räume können die Folge sein). Bedeutend ist dabei, dass zur Zeit das Binnenwanderungsverhalten infolge des ökonomischen Strukturwandels die resultierenden demographischen Disparitäten zwischen den Bundesländern und den Teilregionen noch am stärksten prägt (vgl. u.a. Abschnitt 2.1.4.3 und WERZ (2001) zum hohen und selektiven Abwanderungsdruck in den neuen Bundesländern). Insofern stehen die räumlichen Auswirkungen des demographischen Wandels erst noch bevor. D.h. aber auch, dass zukünftig demographische Veränderungen regionaler Schrumpfungsprozesse von den Städten und Gemeinden nur in Konkurrenz zueinander vollzogen werden können. Zusammengenommen werden sich gewaltige räumliche Bevölkerungsdisparitäten mit ausgeprägten siedlungsstrukturellen und regionalen Schrumpfungsprozessen manifestieren.

Schrumpfungsprozesse sind dabei keineswegs ein ostdeutsches Phänomen. In den alten Bundesländern sind Schrumpfungsprozesse seit den 1970er Jahren bekannt und als regional unterschiedlich verlaufender Strukturwandel von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft zu erklären. Kennzeichnend war u.a. die Duplizität von stagnierenden/schrumpfenden und wachsenden/expandierenden Städten. Neben der auch für die alten Bundesländer geltenden demographischen Komponente unterscheiden sich die Schrumpfungsprozesse in den neuen Bundesländern davon qualitativ und quantitativ grundlegend:

- Qualitativ, da die Wiedervereinigung und der Transformationsprozess einen Strukturbruch und keinen Strukturwandel darstellt (Wegbrechen der industriellen Basis innerhalb weniger Jahre).
- Quantitativ, da inzwischen fast alle Städte und Regionen in den neuen Bundesländern betroffen sind. So sind nicht nur einseitig industriell geprägte Siedlungsschwerpunkte der DDR wie Hoyerswerda oder Eisenhüttenstadt, sondern auch mit einer ökonomisch differenzierteren Basis ausgestattete Städte wie Leipzig oder Halle von der „Schrumpfung“ betroffen.

Weit weniger präsent in der öffentlichen Wahrnehmung betrifft das Problem gleichfalls die ländlichen Gebiete, auch wenn durchaus einige Kleinstädte/Gemeinden als Gewinner der Suburbanisierungsprozesse gewachsen sind. Der ländliche Raum wird „die im vorindustriellen Schattendasein dahindämmernde Arme-Leute-Gegend“ (KIL/DOEHLER/BRÄUER 2003).

Wahrnehmung

Ähnlich der Wahrnehmung des demographischen Wandels vollzog sich auch die Sensibilisierungsphase für die Problematik städtischer und regionaler Schrumpfungsprozesse nur langsam. Unter dem Eindruck noch steigender Bevölkerungszahlen in Deutschland und in Erwartung „blühender Landschaften“ auf der Grundlage immenser Fördergelder und Transferzahlungen für die neuen Bundesländer wurde die Situation bis Ende der 1990er Jahre als hinnehmbares, transformationsbedingtes Zwischenstadium angesehen oder gar übersehen. Zudem wurden die Konsequenzen einer rückläufigen Bevölkerungsentwicklung für die regionalen Siedlungs- und Versorgungssysteme oft nur als Problem dünn besiedelter und vor allem ländlicher Räume angesehen. Die Problematik der Infrastrukturversorgung wurde als beherrschbar und mehr oder weniger als Diskussion von Konzepten für den ländlichen Raum verstanden (vgl. z.B. BMBAU 1997 oder WINKEL/LÜDIGK 2000).

Die vorliegende Arbeit zeigt aber, dass die problemorientiert Aussagekraft dieser stärker aggregierten Räume (wie ländlich, verdichtet, suburban oder der Stadt-Land-Kontrast) abnimmt. So sind insbesondere die strukturellen Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren maßgeblich für die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen und weniger ein geographischer Unterschied (s. insbesondere Zusammenfassung im Abschnitt 7.1.3). TÖNNIES (2002: 35) schlägt in ähnlichem Zusammenhang u.a. neu Kategorien wie „peripher gelegen“, „dünn besiedelt“ oder „altindustrialisierte Gebiete mit starker Deindustrialisierung“ vor. Die empirischen Analysen zur Pflegelandschaft bestätigen aber, dass solche Ausdifferenzierungen kaum mehr notwendig sind, da Schrumpfungsprozesse in diesen Gebieten sich in ihren pflegespezifischen Konsequenzen nur wenig unterscheiden.

Tatsächlich erschwerte und verhinderte die gesellschaftlich wie politisch vorherrschende Grundeinstellung zu Wachstum und Entwicklung eine Thematisierung von Schrumpfungsprozessen. Erst seit November 2000 wird die Entwicklung, die bereits seit der Wende offensichtlich ist, politisch und wissenschaftlich nicht mehr ignoriert. Im Bericht der Kommission „Wohnungswirtschaftlicher

Strukturwandel in den neuen Ländern“ heißt es „Die neue Herausforderung heißt Umgang mit Schrumpfung.“ (BMVBW 2000: 66)

Bemerkenswert ist dabei, dass erst der drohende Zusammenbruch des ostdeutschen Wohnungsmarktes aufgrund des gewaltigen Wohnungsleerstands der Politik und Wissenschaft einen breiten Zugangsweg zur Problematik von Schrumpfung und Rückbau eröffnete. Erst die katastrophale Entwicklung des ostdeutschen Wohnungsmarkts als „sozialpolitische Zeitbombe kaum vorstellbarer Dimension“ (BMVBW 2000: 66) ermöglichte ein Umdenken und ließ u.a. das Planungsvakuum der unrealistisch gewordenen Wachstums- und Entwicklungsorientierung vergangener Jahre förmlich implodieren.

Der daraus entfesselte „Stadtumbau Ost“ krempelte mit gleicher städtebaulichen Detailliebe die zuvor erstellten Stadtentwicklungskonzepte und städtebaulichen Ambitionen neuer Einfamilienhausgebiete zu Rück- und Stadtumbaukonzepten oder Abrissstrategien um (vgl. zum Bundeswettbewerb "Stadtumbau Ost": BMVBW 2001 und BMVBW 2003). Weder der Stand des „Stadtumbau Ost“ noch die Diskussionen der urbanen Rückbildungs- Schrumpfungs- und Anpassungsprozesse sollen im Rahmen der vorliegenden Arbeit eingehend thematisiert werden.¹²¹

Angesichts der lang bekannten empirischen Realität und im Kontext der Pflegeproblematik zeigt aber die konkrete Stadtumbaudiskussion zwar die Brisanz jedoch nicht die notwendige Tragweite der Schrumpfungsprozesse auf. Die wohnungspolitisch und städtebaulich geführte Umbau- und Schrumpfungsdiskussion ist in ihren gegenwärtigen Wirk- und Problemzusammenhängen eben (noch) nicht auf den demographischen Wandel und die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen. So werden sich z.B. wendebedingt niedrige Geburtenzahlen erst ab ca. 2008 wohnungspolitisch bemerkbar machen (z.B. durch geringere Haushaltsneugründungen). Die aktuelle Problemlage resultiert vielmehr aus den tiefgreifenden ökonomischen Strukturbrüchen in Folge der „Wende“ und einem zugleich erfolgreichen wie nachteiligen „Angleichungsprozess Ost“ mit hohen Transferzahlungen. So ist z.B. der Eigenheimbau für die Bevölkerung – trotz zunehmender Probleme der Suburbanisierung – ein Erfolg der nachholenden Entwicklung.¹²²

Die hier nicht eingehend behandelten vielschichtigen Problemkonstellationen aus „Deökonomisierung, Depopulation und Deurbanisierung“ (HANNEMANN 2003) führen unweigerlich zu „überflüssigen Städten“ im „Großraumlabor“ der neuen Bundesländer (KILL 2001)¹²³. KILL geht noch weiter und sieht in der Schrumpfung ein „Symptom postindustrieller Wandlung“ und zugleich ein „Signal für das Ende des Industriezeitalters in der westlichen Welt“. Mit den Erkenntnissen des vorhergehenden Abschnitts 2.4.1 heißt das aber in jedem Fall, dass die Auswirkungen des demographischen Wandels erst noch bevorstehen und die bisherigen (ökonomischen) Schrumpfungsprozesse kumulativ und nachhaltig überlagern werden.

Die zur Zeit überwiegend auf städtebauliche Fragen reduzierte Schrumpfungs- und Rückbauproblematik ist daher einseitig. Mit ihrer fachlich-förderpolitischen Ausrichtung vermittelt sie zudem eine vermeintliche Beherrschbarkeit der Problemsituation. Stadtumbaukonzepte sind daher zwar für die Diskussion wesentlich, doch nicht die Stadtstruktur, sondern die Zukunft der Stadt als Ganzes und einiger Regionen steht im Mittelpunkt der Problematik. So ist auch der neuerdings geäußerte Paradigmenwechsel wie „Schrumpfung als Chance“, „Potential der Leere“ oder „Abriss/Rückbau zur städtebaulichen Enddichtung“ aus fachplanerischer Sicht problematisch, da

- der Zustand der Schrumpfung ungeplant und unerwünscht ist.
- tatsächlich die Existenz von Städten und Regionen gefährdet sein wird und längst sich eine Vorstellung von „sterbenden Städten“ manifestiert hat.
- zukünftig die Schrumpfungsfolgen nicht mehr wie bisher durch große Transferzahlungen ausgeglichen oder abgemildert werden.

¹²¹ ausführlich zum Stadtumbau und zur Schrumpfung s.: Infobrief "Stadt 2030" Nr. 6/2002 „Themenheft Schrumpfung“ (<http://www.newsletter.stadt2030.de/index6.htm>) oder PLANERIN 2/03 „Stadtumbau - "Soziale Stadt". Auf dem Weg zur integrierten Stadtentwicklung“ (<http://www.srl.de/publikationen/planerin/plan032/inhalt.html>).

¹²² KRAUTZBERGER, MICHAEL: Stadtumbau Ost. Redetext vom 12.12.2001 beim Symposium „Stadtumbau Ost“. Deutscher Verband für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung e.V. (http://www.deutscher-verband.org/_downloads/rede_krautzberger.pdf).

¹²³ KIL, WOLFGANG: Überflüssige Städte? Im Osten wird der Leerstand bekämpft, doch der Wohnungsmarkt ist nicht das Problem. In Deutsche Bauzeitung db 6/2001.

- letztlich alle positivistischen Langfristperspektiven für die im Kontext der vorliegenden Arbeit relevante ältere und hochbetagte Bevölkerungsgruppe ohne Bedeutung sein werden.

Zu recht wirft der „Stadtumbau Ost“ daher die Frage auf, ob aus einem Aufbau Ost zunehmend ein „Rückbau Ost“ (FINGER 2003)¹²⁴ geworden ist.

Schrumpfungsstrategien

Die Beurteilungen und Perspektiven zukünftiger Siedlungs- und Raumstrukturen sowie deren Entwicklungen unterliegen infolgedessen grundsätzlich verschiedenen Voraussetzungen. Neben strukturstarken Wachstumsregionen manifestieren sich die Schrumpfungsregionen mit der ganzen Bandbreite ihrer Problemlagen (Leerstand, Rückbau, wachsenden Disparitäten usw.). Aus der Synopsis der Positionen zum Stadtumbau, Reaktionen auf den Leerstand und letztlich der planerischen Annäherung an die Schrumpfung, zeichnen sich insbesondere zwei Strategien bzw. Konzepte ab, die durchaus als Zukunftsvision betroffener Städte auch auf die Regionen übertragbar sind:

- *Perforation:* Der Begriff „perforierte Stadt“ beschreibt zugleich Realität wie Horrorsvision von Durchlöcherung und Störung einer einst kompakten und zusammenhängenden Stadtstruktur (von einzelnen Baulücken bis ausgedehnten Stadtbrachen). Aber die „perforierte Stadt“ ist auch als durchaus ernstgemeintes Leitbild des Abrisses leerstehender Bausubstanz mangels Nachfrage zu verstehen (sukzessiver aber punktueller Abriss). Zwar entspricht diese fragmentierte, diskontinuierliche Bebauungsstruktur nicht den gewohnten Vorstellungen einer Stadt, kann aber mit denkbaren temporären oder niedrig verdichteter Nachnutzung auch eine eigene und neue „Qualität“ entfalten (Enddichtung oder vielzitierte innenstadtnahe Einfamilienhäuser). Ein Leitbildkonzept kann aus dieser Realität aber nur unter der Voraussetzung entwickelt werden, dass die Stadt nicht prinzipiell in ihrer Existenz gefährdet ist und die Akzeptanz des Stadtumbaus, z.B. durch Bevölkerungsbeteiligung, gesichert werden kann (vgl. z.B. KIL/DOEHLER/BRÄUER 2003). Zumindest als Realitätsmodell ist diese Strategie direkt auf Regionen übertragbar, da eine Durchlöcherung bzw. Ausdünnung auch in der Siedlungsstruktur zu erwarten ist.
- *Transformation:* In einer „transformierten“ Stadt oder Region geht die Schrumpfung wesentlich weiter und bedroht die Existenz der Stadt bzw. die Siedlungsstruktur der Region. Mit Transformation werden daher Strategien zur Existenzsicherung bezeichnet, die eine denkbare Auflösung der Stadt im Schrumpfungsprozess verhindern könnten. Ein Schwerpunkt dieser Strategien „transformierter Städte“ sind bauliche und räumliche Elemente im Sinne einer „symbolischen Ortsbindung“ für die Bewohner. Aus diesen erhaltenswerten Strukturen der Stadtgestalt können/sollen sich stabilisierende endogene Potenziale entwickeln, die eine Auflösung der Stadt im Schrumpfungsprozess verhindern. Der Grundgedanke dieser über den Wohnungsmarkt hinausgehenden Strategie ist die Entwicklung und Förderung von Erinnerungs- und Identifikationswerten des Alltagslebens und der Stadtmorphologie.

Da zur Zeit aber Schrumpfungsprozesse überwiegend ökonomisch determiniert sind, ist vor allem der Lebens- und Wirtschaftsraum der Menschen und nicht die gebaute Umwelt problematisch. Daher werden auch alternative ökonomische Strategien aus Eigenleistungen, Selbsthilfe oder Selbstorganisation zunehmend an Bedeutung gewinnen. Dennoch werden weiterhin hohe und generelle Transferzahlungen notwendig sein, um die „bleibende Bevölkerung“ zu unterstützen. Solche Visionen oder Konzepte sind zwar nicht Thema der vorliegenden Arbeit, aber insbesondere Senioren und pflegebedürftige Menschen gehören zu den wichtigsten Empfängergruppen von Transferzahlungen aller Art. Damit sind sie gewissermaßen ein zentrales Stabilisierungselement im Schrumpfungsprozess.

Problematik der Infrastruktur / Übergangsphase

Eindrucksvoll beweist die Fülle der Veröffentlichungen und Strategien zum Stadtumbau die Bedeutsamkeit einer komplexen Sichtweise aus planerischer Kompetenz und Verantwortung, die aber nicht erst in der Reaktion sondern bereits als Prävention wünschenswert gewesen wäre. Den ausdifferenzierten Stadtumbaustrategien und -konzeptionen stehen insbesondere von WINKEL konkretisierte siedlungsstrukturelle und infrastrukturelle Probleme der Schrumpfungsprozesse gegenüber (s. u.a. WINKEL/BRANDSTETTER 2002 und WINKEL 2002). Aufgrund der Schrumpfungsprozesse

¹²⁴ FINGER, EVELYN: Rückbau Ost. In DIE ZEIT vom 17.07.2003.

werden vor allem die Tragfähigkeitsschwellen aller sozialen und technischen Infrastrukturen unterschritten, die nicht mehr durch Maßstabsvergrößerungen kompensiert werden können (z.B. einer Ausdünnung des Netzes zentraler Orte). Neben dieser direkten Bestandsbedrohung von Infrastruktur- und Versorgungseinrichtungen entwickelt sich zeitgleich ein Bedarf an altersgerechten Infrastrukturen, aber u.a. mit einer neuen Erreichbarkeitsproblematik (vgl. Abschnitt 2.3.3).

Gerade diese Infrastrukturproblematik zeigt die Ambivalenz der Schrumpfung, die prozessual in ständigen Übergangsphasen wirkt, aber zeitlich konkrete qualitative und quantitative Bedarfsveränderungen zu Folge hat. Bereits in den letzten Jahren wurde diese Tendenz der Infrastrukturausdünnung und vor allem des Infrastrukturrückzugs aus der Fläche bei den privatisierten ehemals staatlichen Aufgaben, wie Telekom, Post oder öffentlicher Personennahverkehr, als relativ lautloser und schleichend vollzogener Prozess deutlich.

Ohne Konkretisierung der infrastrukturellen Übergangsphasen des Schrumpfungsprozesses können keine nachhaltigen Strategien und Konzepte aufgestellt werden. Das raumordnerische und raumplanerische Instrumentarium verfolgt mit dem Leitbild der gleichwertigen Lebensbedingungen immer auch einen Wachstumsgedanken, der zunächst mit einem Leitbild der Schrumpfung nicht konform geht. Die oft noch unverändert dominante Einstellung, Schrumpfung in Wachstum umkehren zu wollen, verstärkt aber nur die negativen Folgen. Umgekehrt birgt eine ungesteuerte „passive Sanierung“ die Gefahr einer unaufhaltsamen hochdynamischen Absturzspirale.

Dennoch verfügen die Raum- und Regionalwissenschaften über leistungsfähige Instrumente und umfangreiche Kenntnisse, um auch Schrumpfungsbedingungen planerisch mit einbeziehen zu können (im Sinne einer Ergänzung der (Raum-)Entwicklung durch (Raum-)Anpassung). Die *bewusste Planung und Lenkung von Rückbau und Rückzug* ist notwendig, um den Prozessen der sozialen und räumlichen Ausgrenzung, Segregation, Disparitätszuwachs gegenzusteuern oder als planerisches Leitbild *bewusst und veröffentlicht zu steuern*. Kerngedanken sind u.a. Bestandsentwicklung und -planung, multifunktionale Nutzungskonzeptionen und weiterentwickelte Instrumente der Regionalmoderation und des Regionalmanagements (s. Winkel 2001). Der Autor sieht auch im System der zentralen Orte ein wichtiges Instrument zur flächigen und dezentral konzentrierten Versorgungs- bzw. minimalen Angebotssicherung. Die zunehmenden Mobilitätshindernisse z.B. älterer Menschen und unzählige Dezentralisierungsprozesse (Suburbanisierung, Einzelhandel usw.) haben aber bereits heute eindeutige Grenzen der Leistungsfähigkeit zentraler Orte definiert.

Hauptbestandteil aller zukunftsbezogenen Schrumpfungsszenarien und -strategien ist daher immer auch die Infrastrukturversorgung als Angebotssicherung für die Bevölkerung (in der ganzen Bandbreite vom hohen quantitativen und qualitativen Niveau des Gleichwertigkeitsprinzips bis zu einer Mindestversorgung der Bevölkerung als bloße Bedarfsabsicherung). Hierzu kann auf zahlreiche Arbeiten und Modellprojekte zur räumlichen (Re-) Organisation der Infrastruktur oder dezentralen und wohnortnahen Infrastrukturversorgung zurückgegriffen werden (zusammenfassend z.B. bei BURBERG/WIENEKE 1989). Alle Ansätze fokussieren entweder auf eine (neue oder bessere) Verknüpfung stationärer und ambulanter Elemente (Infrastrukturverbundsysteme), total mobiler/ambulanter Angebotsformen oder auf verknüpfte Netze multifunktionaler Einrichtungen (s. hierzu insbesondere die Arbeiten WINKEL 1989 und WINKEL 1991).

Ob Schrumpfung auch als Chance einer ökologisch nachhaltigen Entwicklung begriffen werden kann, ist für die Senioren zur Zeit nicht relevant. Für das Grundverständnis wichtig ist, dass die Schrumpfung über bekannte zyklische Schwankungen hinausgeht und möglicherweise auch ein normaler Vorgang der gesellschaftlichen Entwicklung darstellt. Von Schrumpfungsprozessen sind vor allem die älteren Menschen allgemein und hier speziell mit ihrer Pflegeproblematik betroffen. Neben einer infrastrukturellen Komponente müssen sich Schrumpfungsplanungen daher auch auf eine Kompensation von informellen Leistungen der Familien- und Freundschaftsbeziehungen einstellen. So sind langfristige Schrumpfungskonzeptionen im pflegespezifischen Kontext nicht primär zielführend, sondern die Definitionen der Übergangsphasen innerhalb- oder außerhalb des Gleichwertigkeitsprinzips sind als Kerngedanke von größter Bedeutung.

2.4.3 Pflegespezifische Ableitungen und Annäherungen an eine soziale Nachhaltigkeit

Weitaus eindeutiger als zu Beginn der Forschungsarbeiten des Autors zeigt der kurze demographische Diskurs, dass nicht nur die demographischen Fragestellungen sondern auch die abgeleiteten

Erkenntnisse beachtlich präziser geworden sind. So werden auch Schrumpfungsprozesse nicht mehr geleugnet, wenn auch noch nicht in den eigentlichen Konsequenzen des demographischen Wandels reflektiert. Das viele Jahre bestehende Informations- und Wahrnehmungsproblem ist einem Orientierungs- und Handlungsproblem gewichen. Dennoch ist festzustellen, dass die demographischen Rahmenbedingungen spätestens seit Veröffentlichung der 7. kBV im Jahr 1993/94 bekannt waren, aber erst seit Beginn des neuen Jahrzehnts ernsthaft thematisiert werden (s. auch Diplomarbeit des Autors: ZOBEL 1996).

Diese lange Sensibilisierungsphase hat den Handlungsrahmen stark eingeengt. Zusammengefasst stellen die demographischen Schlussfolgerungen Prämissen für die vorliegende Arbeit dar:

- Der begründeten negativen Erfahrung zur Bevölkerungspolitik in Deutschland steht die ebenfalls begründete Sorge um niedrige Geburtenzahlen gegenüber. Entscheidend ist, dass auch eine nicht aktive Bevölkerungspolitik eine Bevölkerungsentwicklung nach sich zieht, deren Konsequenzen aber höchst unerwünscht sein können.
- Auch mit einer deutlich höheren und nachhaltigen Geburtenrate verjüngt sich eine alternde Gesellschaft nur langsam. Eine dadurch wieder ansteigende Erwerbsbevölkerung mit Entlastungen für das Solidarsystem entsteht mit einer Verzögerung von rd. 20 Jahren (etwa ab dem Jahr 2025 nach Kindheit, Schule und Ausbildung). Kurzfristig ergeben sich sogar eher volkswirtschaftliche Wachstumseinbußen, denn Versorgung und Ausbildung sind zu finanzieren.
- Die „Eigendynamik der Bevölkerungsschrumpfung“ in Deutschland beruht nicht nur auf einer theoretisch beeinflussbaren zukünftigen Geburtenentwicklung, sondern in erster Linie auf der zurückgehenden Anzahl potentieller Elterngenerationen. Auch dadurch werden die Geburtenzahlen zwangsläufig weiter abnehmen. Eine neue Form der Zuwanderung ist für Deutschland unentbehrlich.
- Die hohen Wanderungsverluste der neuen Bundesländer führen zu einer gegenwärtig überproportional stärkeren und nachhaltigen Bevölkerungsalterung und -schrumpfung in den meisten Regionen, auch der zukünftigen potentiellen Elterngenerationen. Dieser räumliche Maßstab des demographischen Wandels zeigt, dass nachhaltig höhere Geburtenraten in den „schrumpfenden“ Regionen keine demographische Basis haben werden. Diese Bevölkerungsschrumpfung wirkt sich weitaus ungünstiger auf die bisher identifizierten Schrumpfungsregionen der neuen Bundesländern aus, als es der bundesweite Eindruck zur Zeit vermittelt.
- Positive demographische Effekte einer „neuen“ Außenzuwanderung für „Schrumpfungsregionen“ sind unwahrscheinlich. Die vornehmlich ökonomischen Binnenabwanderungsgründe wirken auch auf die Außenzuwanderung negativ. Genauso wenig wie die Binnenwanderung, wird sich die Zuwanderung räumlich steuern lassen, wenn sie keine „Zuwanderung in die Sozialsysteme“ sein soll.
- Zugespitzt bleiben die „Alten“ mit ihrem Hilfe- oder Pflegebedarf zurück, bei gleichzeitig abnehmendem Pflegepotentialen durch rückläufige jüngere Bevölkerungsgruppen. Diese Entwicklung verläuft mit Sicherheit regional unterschiedlich ausdifferenziert. Diese Differenzierung ist Grundthema des empirischen Teils der vorliegenden Arbeit (vgl. dazu Abschnitt 4).

Dieses akute demographische Dilemma zeigt die Einseitigkeit der deutschen Nachhaltigkeitsdiskussion. Unabhängig von Zuwanderungs- oder Bevölkerungspolitik ist es an der Zeit, Formen einer *sozialen Nachhaltigkeit* zu definieren und zu konkretisieren. Ein sozialer Nachhaltigkeitskonsens muss Grundsatzentscheidungen sowohl zur Bevölkerungsentwicklung und zum Sozialstaat, als auch zu direkt abhängigen Siedlungs- und Infrastrukturen formulieren. In einem Konsens zur sozialen Nachhaltigkeit erfährt die räumliche Dimension des demographischen Wandels, der Alterung und der regionalen Wanderungsbewegungen eine außerordentlich hohe Bedeutung, da die notwendigen Anpassungsstrategien im räumlichen Maßstab immer auch Fragen zur sozialen Gerechtigkeit reflektieren.

Dabei sollte feststehen, dass die Leistungen der nicht mehr ökonomisch aktiven Bevölkerungsgruppen – insbesondere die der Aufbaugeneration sowohl der Bundesrepublik als auch der DDR – in ihrem generativen und ökonomischen Beitrag anzuerkennen sind. Die gegenwärtig ältere Generation und die in den nächsten 20 Jahren alternden Bevölkerungsgruppen können nicht allein die

Leidtragenden für die dann erst folgenden kinderärmeren Generationen oder der ökonomischen Strukturbrüche in Teilregionen sein.

Im Vordergrund einer sozialen Nachhaltigkeitsdiskussion stehen daher vor allem Fragen zum *demographischen Übergang*. Langfristige Perspektiven aus Zuwanderung und/oder Geburtenanstieg betreffen sowohl die älteren Menschen als auch viele Teilregionen der neuen Bundesländer kaum noch. Diese demographische Übergangsproblematik und die notwendigen Anpassungsstrategien gilt es zu definieren, zu quantifizieren und wenn möglich planerisch abzumildern. Weder die Reform der sozialen Sicherungssysteme noch die Planung und Organisation des demographischen Übergangs (u.a. der Infrastruktursicherung) könne aufgeschoben werden. Erst Strategien zum demographischen Übergang sichern langfristige Perspektiven aus Zuwanderungs- und Familienpolitik, ohne diese – z.B. die Kinder – einseitig zu instrumentalisieren. So bestätigen die Ableitungen und Schlussfolgerungen aus demographischem Wandel und Schrumpfungsprozessen die besondere Situation älterer Menschen, die zu folgenden Leithesen zusammengefasst werden:

Der demographische Wandel wird zu einer alternden und schrumpfenden Bevölkerung in Deutschland mit stark anwachsenden regionalen Bevölkerungsdisparitäten besonders in und für die neuen Bundesländer führen („Schrumpfung“). Demographische Handlungsspielräume bestehen für die kurz- und mittelfristige Perspektive von rd. 20 Jahren nicht, da ein demographisches Gegensteuern nicht mehr möglich ist. Die relative Kinderlosigkeit zukünftiger Senioren ist nicht nur für alle Formen der solidarischen Sozialversicherungen endgültig, sondern verändert die Struktur informeller Netzwerke, Freundschafts- und Verwandtenbeziehungen und letztlich deren Hilfe- und Pflegeleistungen grundlegend.

Die zentrale Problematik liegt dabei im demographischen Übergangsprozess – nicht im demographischen Wandel an sich. Diese Übergangssituation definiert den eigentlichen Handlungsspielraum in den meisten Regionen Thüringens (wohl auch in allen anderen neuen Bundesländern), da direkte Auswirkungen auf ältere Menschen und die Pflegeproblematik zu erwarten sind. Von zentraler Bedeutung sind daher Konzepte und Strategien zur Steuerung des demographischen Übergangs und zur Milderung der siedlungs- und infrastrukturellen Konsequenzen.

Das traditionelle Gleichwertigkeitsziel wird angesichts regional höchst differenzierter Schrumpfungsprozesse nicht mehr umsetzbar sein. Es ist sogar hinderlich, da kein definierter Endzustand absehbar, sondern ein prozessualer Übergang aus ständiger Bestandsentwicklung und Bedarfsanpassung notwendig wird. Daraus resultiert kein definierbarer Zielzustand planerischer Bemühungen und Instrumente.

Die vielschichtigen und besonders zeitlich variierenden Problemkonstellationen der Schrumpfungsprozesse werden u.a. zu massiven siedlungs- und infrastrukturellen Versorgungsproblemen führen. Weitreichende infrastrukturelle Konzentrationsprozesse und alternative Versorgungskonzepte (z.B. vollständig mobile Angebotsformen der Pflegeversorgung) sind zwar machbar, beruhen aber auf gezielten Subventionen, da diese Infrastrukturen nur temporären Charakter haben werden.

Ansätze einer integrierten Sichtweise der Herausforderungen finden sich im Modellprogramm „Anpassungsstrategien für ländlich/periphere Regionen mit starkem Bevölkerungsrückgang in den neuen Ländern“.¹²⁵ Die Bedeutung der Pflegeversicherung wird darin aber überwiegend unter dem Seniorenaspekt behandelt (Sicherung und Ausbau von Senioreninfrastruktur). Aber gerade die finanziellen und organisatorischen Möglichkeiten aus definierten Pflegeleistungen und sicherzustellender Versorgung (Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen) sind bedeutende Potentiale der Pflegeversicherung für diese Regionen. Sie sind eine verlässliche Größe für die Mischfinanzierung z.B. von dezentralisierten und gewissermaßen multifunktionalen Dorfzentren.

Bedeutung der Pflegeversicherung versus Pflegenotstand

Die Bedeutung der Pflegeversicherung wird mit den vorhergehenden demographischen und räumlichen Ableitungen und Schlussfolgerungen deutlich: konkrete Handlungsorientierung bei einheitli-

¹²⁵ s. zum Modellvorhaben des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung: <http://www.regionale-anpassung.de> und Informationen aus der Forschung des BBR Nr. 3/2002.

cher Maßnahmenbündelung. Vor allem zeigt aber die monetäre und zugleich gesellschaftliche Implementierung der Pflegeversicherung als großes Reformwerk zu Beginn der 1990er Jahre, dass

- schwerwiegende und tiefgreifende Reformen durchaus möglich sind, sogar die oft kritisierte typisch deutsche Vollkaskomentalität aufgegeben werden kann.
- nach mehr als 20 Jahren Vorlauf bewusst noch bestehende Lücken und Schwächen bei der Ausgestaltung der Pflegeversicherung in Kauf genommen werden konnten.
- die Pflegeversicherung nicht nur eine hohe Akzeptanz erfährt, sondern maßgeblich die gesellschaftlichen Sensibilisierung für die Probleme älterer Menschen gefördert hat.

Für die Pflegeversicherung und ihre Beweggründe ist charakteristisch, dass ihre Kosten mitursächlich für die aktuellen demographischen und sozialstaatlichen Debatten sind, aber zugleich ihre Wirkungen ein zentrales Element zur Milderung der sich aus der demographischen Alterung ergebenden gesellschaftlichen Herausforderungen darstellen. Gerade diese Dualität aus Kosten und Wirkungen zeichnet die Pflegeversicherung als wichtige gesamtgesellschaftliche Herausforderung der Folgen des demographischen Wandels aus.¹²⁶ Dennoch steht die Pflegeversicherung unverändert hoch in der Kritik. Seit Einführung der Pflegeversicherung wird der schmale Leistungskatalog als „satt, sauber, still“ reduzierte Pflege bezeichnet. Tatsächlich ist sogar diese „reduzierte Pflege“ nicht selbstverständlich.

Einer durchaus möglichen hohen Pflegequalität steht die gesamte Bandbreite pflegerischer, personeller und organisatorischer Probleme gegenüber. Schwerpunkte von Pflegedefiziten sind unzureichende Flüssigkeit- und Nahrungsversorgung, vorschnelle Sondenernährung, falsche Medikamentierung und leichtfertiger Psychopharmakaeinsatz zur Ruhigstellung, kathetern oder windeln der Bewohner aus rein wirtschaftlichen Gründen, Fixierung der Bewohner ans Bett („freiheitseinschränkende oder freiheitsberaubende Maßnahmen“). Diese Mängel und Missstände in einzelnen Pflegeheimen haben ein Ausmaß angenommen, dass der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenversicherung (MDS) von strukturellen Problemen der Pflege spricht.¹²⁷

Als „Engel“ und „Anwalt der Alten“ ist CLAUS FUSSEK zu einer Institution für Pflegebedürftige, deren Angehörigen und Pflegekräfte geworden.¹²⁸ FUSSEK bezeichnet die Situation in deutschen Pflegeheimen als „die größte soziale Katastrophe in Deutschland seit dem 2. Weltkrieg“, spricht von „sozialer Euthanasie“ und merkt an: „Sei lieb zu Deinen Kindern, denn sie suchen Dein Pflegeheim aus.“¹²⁹ Tatsächlich ist ein Pflegenotstand in den Medien präsent: „In unseren Heimen kostet Verdursteten 6000 Mark“¹³⁰ Viel zu enge Stellenschlüssel, keine persönliche Pflege und Zuwendung, überforderte Pflegerinnen und Pfleger, minutenweise Regelung des allernötigsten, zur „bloßen Restversorgung“ abgestumpfte Altenpflege oder Gewalt und Erniedrigung sind nur einige wenige Stichworte zur Problematik „Pflegenotstand“. Zum „alltäglichen Grauen“, das die Gewalt in Institutionen gegen pflegebedürftige Ältere fast schon ein „Massenphänomen“ geworden ist und dem Vorwurf, „Das Schicksal alter Menschen beunruhigt wenig; man braucht sie nicht mehr.“ vgl. die ausführlichen Darstellung bei HIRSCH/FUSSEK (2001) oder „Richtlinien zur „artgerechten Haltung“ von pflegebedürftigen Menschen“¹³¹.

Erstmals international wurde vor dem Komitee der Vereinten Nationen für Wirtschaftliche, Soziale und kulturelle Rechte auf die Menschenrechtsverletzungen an alten Menschen in deutschen Pflegeheimen vom „Forum zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger alter Menschen in Deutschland“ aufmerksam gemacht. Mit „tiefer Besorgnis“ hat der Ausschuss die unmenschlichen Bedingungen in den Pflegeheimen in Deutschland zur Kenntnis genommen und fordert die Bundesregie-

¹²⁶ vgl. auch BMG Pressemitteilungen 2000 - Nr. 28 vom 31.03.2000 - Fünf Jahre Pflegeversicherung - eine Zwischenbilanz.

¹²⁷ s. Stellungnahme des MDS zur gemeinsamen Anhörung des Gesundheitsausschusses und des Ausschusses Familien, Senioren, Frauen und Jugend am 04.04.2001 (Quelle: www.verhungern-im-heim.de).

¹²⁸ KEMPER, SABINE: ZDF-reportage vom 19.04.2002 „Der Engel der Alten. Über das Elend in Pflegeheimen“ oder ZDF-dokumentation vom 05.05.2002: „Schafft diese Heime ab!“ Neue Wege in der Pflege“.

¹²⁹ FUSSEK, CLAUS: „Ausgemustert, ausgesondert, endgelagert“. Interview von Werner Schulz mit Claus Fussek. In: zivil Zeitschrift für Frieden und Gewaltfreiheit. Stuttgart (Quelle: http://www.alzheimerforum.de/3/1/6/1/fussek_interview.html).

¹³⁰ FUSSEK, CLAUS in der Süddeutschen Zeitung vom 10.09.2001 über den Pflegenotstand in deutschen Einrichtungen.

¹³¹ FUSSEK, CLAUS in „NOT - Not durch Hirnverletzung, Schlaganfall und sonstige erworbene Hirnschäden“ vom 26.05.2003 Quelle: http://www.not-online.de/news/news.php?news_ID=29.

rung auf, dringende Maßnahmen zur Verbesserung der Situation zu ergreifen.¹³² Und HAUCH-FLECK zieht ein negatives Resümee nach fünf Jahren Pflegeversicherung: „Fünf Jahre später steht eines fest: Viele alte Menschen durchleben ein Martyrium in ihren Heimen.“¹³³

Zusammengenommen sollten die unzureichenden finanziellen Leistungen sowie die eklatanten Pflegemängel und -defizite ein negatives Gesamturteil der Pflegeversicherung rechtfertigen. Doch sind es nicht nur die gravierenden strukturellen Probleme, sondern die konzeptionelle Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit, die die Pflegeversicherung kennzeichnet.

Aus Sicht des Autors und vor dem Hintergrund der eigenen Planungspraxis in Thüringen sind die Ursachen der eklatanten Pflegedefizite und Versorgungsmängel nicht unmittelbar in der Pflegeversicherung zu suchen. Zunächst ermöglicht die Pflegeversicherung erstmalig für einen sehr lange vernachlässigten Lebensabschnitt der Menschen, die Situation, Defizite und Erwartungen bei Pflegebedürftigkeit präzise aufzuzeigen (s. z.B. Abschnitt 5.2.3 und ZOBEL 1996). Erst durch den gesetzlichen und finanziellen Rahmen der Pflegeversicherung werden Missstände sichtbar und diskutierbar. Zu diesen Missständen gehören auch generelle Versorgungsprobleme, die erst im Rahmen der Landespflegeplanung und den Erhebungen des Autors in Thüringen thematisiert werden konnten. So untersucht die vorliegende Arbeit die Gesamtsicht aus z.B. Rahmenbedingungen, Einflussfaktoren und regionalen Disparitäten.

Zu recht betont HAUCH-FLECK daher: „Tatsächlich konnten Einrichtungen bis vor fünf Jahren nahezu unkontrolliert schalten und walten, obwohl rund drei Viertel ihrer Einnahmen aus öffentlichen Kassen stammte - immerhin 16 Milliarden Mark. Leistungsnachweise haben die Geldgeber dafür aber nie verlangt.“ (HAUCH-FLECK 2001)¹³³ Und der 3. ALTENBERICHT stellt fest, dass nicht die finanzielle Situation für die Pflegedefizite verantwortlich ist, sondern „eindeutig Organisationsverschulden des Trägers und/oder ein Verschulden der verantwortlichen Pflegenden“. „Es gibt in Deutschland keine Pflegesätze, die es nicht erlauben würden, für eine angemessene Grundpflege, für ausreichendes Essen und Trinken sowie Hilfe beim Toilettengang zu sorgen.“ (BMFSFJ 2001) So betont die Bundesregierung, dass sich zunehmend ein neues Selbstbewusstsein bei den Pflegebedürftigen einstellt und insbesondere deren Angehörige bei Heimkosten von rd. 3.000 EUR und mehr fragen, was mit dem Geld eigentlich gemacht wird, wenn sie ihre pflegebedürftigen Angehörigen doch regelmäßig selbst anziehen, füttern oder waschen müssen (vgl. BMG 2000 und BMFSFJ 2001).

Abschließend ist festzustellen, dass auch für die Pflege und speziell für die Qualität der Pflege eine ebenfalls lange Sensibilisierungsphase kennzeichnend ist. Die Konsequenzen für die (pflegebedürftigen) Menschen sind jedoch ungleich größer. So weit entfernt die demographische Entwicklung scheint und so schleichend Schrumpfungsprozesse ablaufen, so unmittelbar und gravierend wirken sich Pflegemängel als Missstände im Alter aus. Obwohl individuelle Pflegeschicksale zugunsten der notwendigen ganzheitlichen Sichtweise im Rahmen der Arbeit nicht thematisiert werden, sind bei der Datenerhebung auch solche massiven Missstände in den Pflegeheimen sichtbar geworden, die empirisch kaum messbar sind. Insofern sind mit sozialen Nachhaltigkeitsfragen immer auch Fragen zum Umgang mit älteren und pflegebedürftigen Menschen zu beantworten.

¹³² s. UNITED NATIONS. E/C.12/1/Add.68 vom 31.08.2001 (Quelle: http://www.auswaertiges-amt.de/www/de/infoservice/download/pdf/mr/comm_wirtsch.pdf). Der Ausschuss der Vereinten Nationen überwacht die Einhaltung des Internationalen Paktes für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (u.a. das Recht auf Nahrung und körperliche und geistige Gesundheit). Ausführlich auch unter <http://www.verhungern-im-heim.de>.

¹³³ HAUCH-FLECK, MARIE-LUISE: „Fünf Jahre Pflegeversicherung: In deutschen Heimen werden alte Menschen schlecht behandelt. Genug Geld ist vorhanden - aber das Management versagt“. In DIE ZEIT 31/2001.

3 Konzeption, Methodik, Modellbildung und Datenerhebung

Empirische Regionalforschung - Landeskunde
Explorativer Ansatz zur empirischen Regionalforschung
Sozialindikatoren: Problematik der Infrastrukturplanung
Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf (theoretischer Ansatz)
Forschungskonzept Typologie und Topologie
Ablaufschema „exploratives empirisches Methodenmodell“



Finding the question is often more important
than finding the answer

(J.W. Tukey)

3 KONZEPTION, METHODIK, MODELLBILDUNG UND DATENERHEBUNG

Vor dem Hintergrund der Pflegeversicherung sind zahlreiche Studien zum Alter, zur Pflegebedürftigkeit und zu den Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf das Gesundheitssystem entstanden. Diese Studien richten sich überwiegend auf die konkrete Situation pflegebedürftiger Menschen, deren Angehörigen und der (professionellen) Pflegepersonen (vgl. u.a. MOLLENKOPF/FLASCHENTRÄGER 2001, SCHNEEKLOTH 1996, BIB 1993 oder die Altenberichte: BMFSFJ 1996, BMFSFJ 1998, BMFSFJ 2001). Weitere Arbeiten befassen sich mit den Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Pflegeversicherung (mit dem Schwerpunkt der Finanzierung) (vgl. BMA 1998; BMA 2001). Mit der Enquête-Kommission des Deutschen Bundestages „Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik“ (BUNDESTAG 2002) wurden nahezu alle Aspekte der demographischen Alterung und deren Konsequenzen dargelegt und Handlungslinien für die Politik aufgezeigt. Sie skizziert ferner den gegenwärtigen wissenschaftlichen Diskussionsstand, der weitaus weniger strittig scheint, als noch zu Beginn des vorliegenden Forschungsvorhabens des Autors im Jahr 1995.

Im Vorfeld der Pflegeversicherung entstanden zudem Arbeiten, die zusammenfassend als Vorstudien zur Situation und Problemlage vor Einführung der Pflegeversicherung bezeichnet werden können (z.B. INFRATEST 1992). Die Orientierung dieser Arbeiten liegt überwiegend beim umfassenden Begriff der Altenhilfe und der Pflege- sowie Bedarfsproblematik. Eine Synopse und Konkretisierung zur Bedarfsplanung zeigt u.a. BRAUN (1987).

Hervorzuheben und im Sinne eines Handbuchs umfassend ist das Gutachten „Bedarfsplanung in der kommunalen Altenpolitik und -arbeit in Nordrhein-Westfalen“ (NAEGELE 1995), das den Forschungs- und Diskussionsstand kurz vor Einführung der Pflegeversicherung beschreibt und erste konkrete Ansätze einer räumlich differenzierten Bedarfsplanung aufzeigt.¹³⁴ Einen anderen Weg beschreibt FRIESE (1994) mit einem Simulationsmodell zur regionalen Dynamik von Pflegeplatznachfrage und Pflegeinfrastruktur in Baden-Württemberg durch Rückkoppelungseffekte der Wandlungsvorgänge. Allen Arbeiten ist es jedoch eigen, dass dem räumlichen Kontext der Pflegebedürftigkeit auf Basis empirischer Untersuchungen – wenn überhaupt – nur ein geringer Stellenwert beigemessen wird, und die Bedarfsplanung mit Richt- oder Anhaltswerten den Untersuchungsschwerpunkt bilden. Regionale Differenzierungen werden vorwiegend über generalisierte Stadt/Land-Annahmen abgeleitet.

Für diese Erkenntnislücke gilt es, einen Regionalforschungsbeitrag zu leisten, um nicht nur die zahlreichen Erkenntnisse anderer Arbeiten zur Pflegeproblematik durch die räumliche/regionale Sichtweise zu ergänzen, sondern explizit erstmalig eine landeskundliche Sichtweise systematisch am Beispiel Thüringen zu erstellen (Topologie der Pflegebedürftigkeit). Im Vorfeld dieses räumlich determinierten Anspruchs gilt es, eine Reihe von Definitionen und Abgrenzungen der Arbeitsschwerpunkte und der methodischen Vorgehensweise festzulegen, da ein Anspruch auf Vollständigkeit bezüglich aller Pflegeaspekte nicht erzielt werden soll.

Die Identifizierung typologischer und topologischer Merkmale und Strukturen steht im Zentrum der Untersuchung. Bedarfsanalysen im üblichen Sinn sind nur ein theoretisches Nebenprodukt und nicht Ziel der Arbeit. Szenarien und Prognosen zum Pflegebedarf sind prinzipiell aus dem Zahlenmaterial und dem Modell abzuleiten. Ergänzende Simulationen unterschiedlicher Konsequenzen veränderter Rahmenbedingungen sind denkbar. Die vordringliche Aufgabe besteht aus Sicht des Autors aber darin, erstmalig die Pflegebedürftigkeit regionalisiert zu analysieren – die regionale Sichtweise im Sinne einer Landeskunde zu schärfen.

Nach Themenschwerpunkten gegliedert werden daher Indikatoren entwickelt, die eine regionale Charakteristik erwarten lassen.¹³⁵ Dieser Indikatorenstamm bildet die Grundlage für ein empirisch-

¹³⁴ Jedoch anhand von Stichprobendaten mit geringer regionaler Differenzierung.

¹³⁵ Für diese Arbeit werden Indikatoren als auch aus einzelnen Sachverhalten zusammengesetzte Kennziffern erarbeitet. Indikatoren sind durch ihren relativen Bezug zu einer Basis (Nenner) immer interregional vergleichbar. Das hat den Vorteil, dass die Größe einer räumlichen Betrachtungsebene in den Hintergrund tritt (nicht die absolute, sondern die relative Ausprägung wird verglichen). Der Nachteil ist der sogenannte Ceiling-Effekt, der Probleme natürlicher Grenzwerte beschreibt. Anteilswerte haben eine obere Grenze von maximal 100% (s. Anlage I - 2.2).

statistisches Analyseverfahren zur Typologie und Topologie der Pflegebedürftigkeit und ihrer Einflussgrößen:

1. Mit den beiden zentralen Kapiteln 4 „Raumstrukturelle und soziodemographische Einflussindikatoren in Thüringen [EI]“ und 5 „Pflegelandschaft Thüringen [PLI]“ wird ein Indikatorenengerüst von Einfluss- und Pflegeindikatoren aufgebaut. Die Diktion ist, alle beschaffbaren konkreten aber auch latenten Informationen zur Problematik regionaler Pflegebedürftigkeit zu erfassen (Totalitätsansatz), um Subjektivität bei der Indikatorenauswahl zu vermeiden (Objektivität der Grundlage).
2. Dieses umfangreiche Indikatorenmodell wird beschrieben (Deskription) und untersucht (Exploration), um eine Informationsverdichtung auf zentrale Indikatoren und Faktoren (typologische und topologische Strukturen und Gesetzmäßigkeiten) zu erreichen. Dabei ermöglicht jede Stufe der Dimensionsreduktion über die Interpretation der Struktur konkreter aber auch latenter Gesetzmäßigkeiten viele Detailaussagen zur Gesamtproblematik Pflege.
3. Gesamtziel des Indikatorenmodells ist eine Fokussierung aller Indikatoren zur pflegedeterminierten bzw. pflegedeterminierenden Bewertung von Regionen und einem resultierenden Disparitätenvergleich. Dieses Ergebnis kann auch im Kontext anderer Fachplanungen oder der Raumplanung bewertet werden.

Der Umfang dieser Forschungskonzeption setzt voraus, dass die hohe Informationsdichte bezüglich tangierender Disziplinen (z.B. der Suburbanisierungsforschung als Konsequenz regionaler Wanderung) nur im Sinne des Indikatorenmodells berücksichtigt werden kann. So werden die Einflussindikatoren vorwiegend bezüglich ihrer potentiellen Pflegeinterdependenz charakterisiert.

3.1 Empirische Regionalforschung - Landeskunde

Zentrales Forschungsziel dieser Arbeit ist, einen Beitrag zur Landeskunde unter dem Aspekt der Pflegelandschaft zu leisten. In Kenntnis der Begriffsvielfalt der Raumforschung und Raumplanung muss diese traditionelle Einordnung mit dem Begriff der empirischen Regionalforschung konkretisiert werden.

BOUSTEDT (1975: 7) unterscheidet präzise zwischen empirischer Regionalforschung und Raumforschung. Der wesentliche Unterschied besteht in der Abstinenz der empirischen Regionalforschung gegenüber allen planerischen Aspekten und Zielstellungen, z.B. der Raumordnung und Landesplanung. Die Raumforschung und -planung wird als normative Wissenschaft bezeichnet, denn Planung ist ohne politische Zielsetzung nicht möglich: „Nichts ist aber so wandelbar wie das politische „Leitbild“ der Raumforschung und insbesondere der -planung. Und lassen sich überhaupt politische Normen wissenschaftlich begründen?“ (BOUSTEDT 1975: 8). BOUSTEDT bezeichnet das Konzept der empirischen Regionalforschung als die Lehre von den Zusammenhängen von Mensch, Raum und Gesellschaft. Die neuere Diskussion ergänzt diese grundsätzliche Trennung lediglich durch eine weitergehende Begrifflichkeit. So definiert FUNK (1995: 830) im Handwörterbuch der Raumordnung den Begriff der Regionalwissenschaft als diejenige wissenschaftliche Aktivität, die sich in vorwiegend transdisziplinären Ansätzen um die analytische Klärung der räumlichen Aspekte physischer, sozialer und ökonomischer Gegebenheiten und Zusammenhänge bemüht und deren Einfluss auf das menschliche Handeln zu ergründen versucht. Die weiterführende handlungsorientierte wissenschaftliche Vorbereitung regionalpolitischer Entscheidungen und damit eine Erweiterung auf eine Theorie der Regionalpolitik und -planung wird als „Neue Regionalwissenschaft“ bezeichnet. Die Trennung von neutraler Regionalwissenschaft und normativ geprägter „Neuen Regionalwissenschaft“ ist daher entscheidend für den Forschungsansatz.

Im Fokus der vorliegenden Arbeit steht der normativ freie und die empirisch wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Regionen nach BOUSTEDT zur kleinräumigen Differenzierung der Interdependenzen von „Mensch, Raum und Gesellschaft“.

Sich wiederholende einzelne Ergebnisse oder Ereignisse der Zusammenhänge und Regelmäßigkeiten können verallgemeinert werden und somit induktiv zu Gesetzmäßigkeiten (öffentliche Gestaltungsaufgabe) führen. Umgekehrt kann deduktiv („von oben herab“) aus Gesetzen und Verallgemeinerungen, z.B. der „öffentlichen Gestaltungsaufgabe“, die Situation Einzelner oder ganzer Regionen beeinflusst werden.

Für beide Ableitungen liefert die empirische Regionalforschung mit ihren Erkenntnissen, Einsichten und Informationen die Grundlage für die Planung als „öffentliche Gestaltungsaufgabe“ bzw. deren Überprüfung. Im Sinne der Pflegeversicherung sind vier Informationsgruppen maßgeblich bzw. die Voraussetzung für die normative Definition optimaler Lebensqualität im Alter (im Rahmen der gültigen Gesellschaftsordnung; hier des Pflegeversicherungsrahmens):

1. Art der benötigten Einrichtungen und Leistungen.
2. Qualität und Quantität der Einrichtungen.
3. Richtiger Standort der Einrichtungen.
4. Richtiger Zeitpunkt und Entwicklungstendenzen.

Eine solche pragmatische Orientierung bedeutet aber eine antizipatorische Zielfestlegung im Sinne herkömmlicher Normen. Die Informationen und Erkenntnisse sollten jedoch zunächst frei von normativen Rahmensetzungen sein, um z.B. für zukünftige Alternativen offen zu bleiben. Diese Überlegung war Grundlage bei der Auswertung und Analyse des im Rahmen dieser Arbeit zusammengetragenen Datenmaterials. Der daraus resultierende methodische Ansatz gewinnt im Zusammenhang mit den Ergebnissen der Arbeit an Bedeutung. Die pflegebezogenen Konsequenzen werden unter Umständen in Teilregionen eine Abkehr von gegenwärtigen Grundsätzen und Zielen z.B. der Raumordnung erfordern (s. Schlussbetrachtungen in Kapitel 7).

Primäres Ziel ist daher, im Sinne der eingangs genannten Landeskunde, erstmals quantitative und qualitative Grundlagen der regionalen Verteilung der Pflegebedürftigkeit methodisch und analytisch darzustellen und konkret regionale Disparitäten zu beschreiben. Die Arbeit versteht sich methodisch als Grundlagenforschung für die Planungsdisziplin, ihrer Umsetzungsstrategien und besonders ihrer räumlichen Bezüge (sowohl der Fach- als auch der Raumplanung).¹³⁶

3.2 Explorativer Ansatz zur empirischen Regionalforschung

Für den Regionalforschungsansatz ist ein unvoreingenommenes Analysekonzept notwendig. Datenanalytisch müssen Deskription (Beschreibung) und Exploration (Suchen) gleichberechtigt im Zentrum der Analyse stehen.

Lange Zeit wurde die Statistik von der am Wahrscheinlichkeitsmodell orientierten mathematischen Statistik geprägt. Mitte der 60er Jahre kam es zur Renaissance datenorientierter Betrachtungs- und Vorgehensweisen.¹³⁷ Die deskriptive Statistik der Konzentration und Präsentation von Daten wurde durch das Ziel erweitert, in den Daten vorhandene (häufig versteckte) Strukturen, etwaige Auffälligkeiten und Anomalien aufzudecken. Wesentliches Element der Exploration sind die Möglichkeiten immer leistungsfähigerer Computer, die erst die vielfältigen explorativen Methoden anwendbar und neue Wege bei der graphischen Analyse und Darstellung durchführbar gemacht haben.

Dieser relativ neue explorative Ansatz der Statistik zur Datenanalyse unterscheidet sich zur konfirmatorischen (schließenden und bestätigenden) Statistik¹³⁸ dadurch, dass nicht mehr der Beweis einer statistischen Hypothese aufbauend auf einem vorher formulierten Wahrscheinlichkeitsmodell im Vordergrund steht, sondern das „Entdecken“ statistischer Regelmäßigkeiten, Muster und Zusammenhänge (das Studium der Daten). Werden dabei Strukturen gefunden, können diese mit zahlreichen statistischen Methoden und Modellen (z.B. Faktoren- und Clusteranalyse) beschrieben werden. Voraussetzung ist die Vermeidung von stark einschränkenden Modellannahmen. Dieser Ansatz der explorativen Statistik und Datenanalyse steht fortwährend in einer theoretisch/methodischen Diskussion.

So ist die Eigenständigkeit der explorativen Datenanalyse (EDA) teilweise strittig. Zwar kommt der EDA in der Methodenentwicklung eine bedeutende Rolle zu, aber eine „Methodensammlung“ ist sie nach HEILER nicht: „So können bestimmte Verfahren sowohl in der explorativen als auch in

¹³⁶ Eine Ableitung konkreter planerischer Aussagen – also der deduktive Erkenntnisgewinn für die öffentliche Gestaltungsaufgabe – ist vom Autor in den Landespflegeplänen umgesetzt – jedoch gemäß der „gültigen Gesellschaftsordnung“ fokussiert auf den Rahmen der gegenwärtigen Bedingungen und Möglichkeiten (vgl. ZOBEL 1998, ZOBEL 1999, ZOBEL 2000).

¹³⁷ Als Richtungsweisend wird im Allgemeinen auf einen Artikel von I. W. TUKEY aus dem Jahr 1962 verwiesen: „The Future of Data Analysis“ in „Annals of Math. Statistics“ 33, S. 1-67.

¹³⁸ Typisch für die konfirmatorische Datenanalyse ist die testende Statistik, die am Anfang eine Hypothese formuliert, anhand z.B. einer Zufallsstichprobe durch Testverfahren diese überprüft, und als Ergebnis die Aussage zur Hypothese bestätigt oder verwirft.

der konfirmatorischen Analyse Anwendung finden.“ (1994: V) HEILER versteht unter EDA vielmehr die „Einstellung und Flexibilität im Umgang mit den Daten“ und der freieren Interpretation der Ergebnisse.

Ebenso strittig ist die strenge Abgrenzung von Statistik und Datenanalyse (z.B. bei GIF1 1990). Der jüngere Methodenstreit zeigt deutlich, dass sich gerade durch die Integration der Computer (und der graphischen Datenanalyse) eine Durchmischung traditioneller, modellbegründeter, statistischer Verfahren (konfirmatorisch) mit parameterfreien, graphischen oder rein deskriptiven Ansatzpunkten in der Datenauswertung anbietet (vgl. zur Abgrenzung und Definition BOCK 1992). Darüber hinaus hat der Methodenstreit auch teilweise einen wertenden Charakter hinsichtlich der Datenqualität und Erhebungsart.¹³⁹ Letzteres ist aus Sicht des Autors aber unabhängig von der Methodik. Datenqualität und Erhebungsart müssen immer transparent sein (vgl. Abschnitt 3.5).

Einen weiteren Beitrag zu dieser Diskussion der Eigenständigkeit und Abgrenzung sowie eigenem Methodenanspruch der EDA will die vorliegende Arbeit nicht beisteuern.¹⁴⁰ Wichtiger erscheint dem Autor mit dem methodischen Ansatz der vorliegenden Arbeit, einen Beitrag zur Integration der explorativen Datenanalyse in das Konzept der empirischen Regionalforschung beizusteuern. Bei der Entwicklung und Durchführung des Analysekonzeptes vertritt der Autor die Position, dass ein stärkeres Ineinanderfließen der explorativen und modellbegründeten schließenden Statistik wünschenswert und unvermeidbar ist.

Hypothesen entstehen in der Regionalforschung oft erst während der Beschäftigung mit den Daten. Ebenso ergeben sich Fragestellungen aus theoretischen oder praktischen Problemen z.B. der Regionen, die zu allgemein für die Umsetzung in ein präzises testendes Wahrscheinlichkeitsmodell der konfirmatorischen Statistik sind. Daher gilt gerade für die Regionalforschung auch der Satz von J.W. TUKEY:

„Finding the question is often more important than finding the answer.“¹⁴¹

Ein solcher Beitrag zur explorativen Regionalforschung und -analyse empirisch belegter Daten ist auch als methodisches Instrumentarium der Abgrenzung zu verstehen. Mit explorativer Regionalforschung und -analyse wird für die vorliegende Arbeit eine Vorgehensweise definiert, die primär erhobene empirische Daten aufbereitet, darstellt und daraus Strukturen und Muster für weitergehende Fragestellungen exploriert. Diese Abgrenzung ist notwendig, da in der Regel nicht von einem Wahrscheinlichkeitsmodell ausgegangen wird bzw. werden kann, obwohl einige der verwendeten Verfahren durchaus zumindest implizit, bestimmte Modellannahmen machen.

Die räumliche Aggregation von Daten (z.B. auf Kreisebene) ist grundsätzlich als Stichprobe einer Grundgesamtheit anzusehen aber aufgrund ihrer willkürlichen, nicht zufälligen (nämlich administrativen oder typologischen) Abgrenzungskriterien nicht gleichzusetzen mit einem Zufallsexperiment (einer Strichprobenzufallsauswahl). Folglich ist die Verteilungsfunktion der Aggregate untereinander ungeachtet des großen Stichprobenumfangs nicht zwingend normalverteilt obwohl eine Normalverteilung dieser Stichproben-Aggregate näherungsweise angenommen werden kann: Aufgrund des großen Stichprobenumfangs (Gesetz der Großen Zahlen¹⁴²) jedes Aggregats ist für die einzelnen Aggregat-Parameter von einer hinreichend genauen Normalverteilung auszugehen (Grenzwerttheorem¹⁴³). Ferner bleibt die Verteilung einer Gruppe (z.B. Kreise) von normalverteilten Daten und Parametern normalverteilt.

¹³⁹ BOCK (1992) spricht von einer Aufwertung „schlampiger Analysen“ durch die Bezeichnung als explorative Studie. Genannt werden Überanpassung, Methodenartefakte, interne Widersprüche, übersehene komplizierte Zusammenhänge, Unschärfe bei der Begriffswahl und geringe Qualität der Daten.

¹⁴⁰ In der Anlage I - 2 werden grundsätzliche Grenzen und Einschränkungen des Methodenspektrums erläutert.

¹⁴¹ zitiert nach HEILER (1994: VII).

¹⁴² Grundsätzlich liegt den Indikatoren auf Kreisebene die Grundgesamtheit zugrunde. Das gilt sowohl für die Angaben der amtlichen Statistik als auch für die eigenen Erhebungen zur Pflegebedürftigkeit.

1. Anmerkung: Das Gesetz der Großen Zahlen besagt: Die relative Häufigkeit eines Ereignisses bei n (Fälle) unabhängigen Versuchswiederholungen konvergiert stochastisch gegen die Wahrscheinlichkeit des Ereignisses, d.h. bei einer großen Stichprobe kann die relative Häufigkeit als gute Näherung der Wahrscheinlichkeit (in der Grundgesamtheit) genommen werden. Demnach gilt für die Arbeit bzw. für die Datenaggregation, dass mit größerem Stichprobenumfang n die Stichprobenwerte für z.B. den arithmetischen Mittelwert genauer, d.h. seine Abweichungen vom wahren arithmetischen Mittelwert der Grundgesamtheit geringer werden.

¹⁴³ 2. Anmerkung: Zentrales Grenzwerttheorem: Werden aus ein und derselben Grundgesamtheit Stichproben des Umfangs n entnommen, so geht die Verteilung der Mittelwerte dieser Stichproben mit zunehmenden n in eine Normalverteilung über (ab etwa $n=30$). Grenzwerttheorem gilt unabhängig von Verteilung des Merkmals in Grundgesamtheit.

Diese Ableitung wird z.B. beim Seniorenanteil deutlich: Der rechnerische Seniorenanteil für Thüringen (16,3%) ist bis zur 3. Nachkommastelle gleich dem Mittelwert des Seniorenanteils aller Kreise ($n=23$). Zusammen betrachten also beide Angaben hinreichend genau die Grundgesamtheit Thüringens (vgl. Tab. II-19 „Einflussindikatoren [EI-Auswahl], Faktoren- und Clusteranalysen“).

Zusammengefasst sind die Kreiswerte primär ein räumliches Aggregat der Grundgesamtheit des entsprechenden Kreises und ermöglichen eine regionalisierte Charakterisierung (Topologie) Thüringens. Ein u.U. methodisch unterstellter zufälliger Stichprobencharakter der Kreiswerte aus der Grundgesamtheit des Landes Thüringens ist folglich „nur“ ein theoretisches Hilfskonstrukt.¹⁴⁴ Ein Vergleich dieser Verteilungsfunktionen z.B. hinsichtlich statistischer Tests ist im Sinne der Arbeit nicht zielführend. Die Tatsache, dass regionale Unterschiede/Muster existieren, also eine Topologie exploriert werden kann, ist wichtiger als z.B. die Signifikanz der Unterschiede. So ist rein methodisch eine Normalverteilung der Kreiswerte nicht die notwendige Voraussetzung, aber von Ausnahmen abgesehen anzunehmen (s. vorhergehenden Absatz).

Die vorliegende Arbeit verzichtet daher fast vollständig auf die Anwendung schließender (konfirmatorischer) statistischer Verfahren und Tests (wie z.B. Signifikanztest). So werden z.B. die Kreiswerte nicht hinsichtlich der Parameter und ihrer Verteilung als Stichprobe untersucht. Jeder Kreiswert ist eine regionsspezifische Teilmenge der Grundgesamtheit. Deren Unterschiede sind Kern des Untersuchungsziels der Arbeit. Insofern bleiben selbst da, wo methodenbedingt Signifikanztests verwendet werden, diese ein exploratives Hilfsmittel.

Das heißt aber nicht, dass im Rahmen der hier abgegrenzten explorativen Datenanalyse nicht auch konfirmatorische (also schließende) Verfahren ihren Platz haben können, wenn die Annahmen für ihre Anwendung gegeben oder notwendig sind. Weiterführende, auch konfirmatorische Analysen sind aber nicht primär Gegenstand dieser Arbeit.

Die Vorgehensweise ist – vereinfacht zusammengefasst – mit dem Interesse der Regionalforschung an den Unterschieden (z.B. zur Normalverteilung) und Ausreißern der Daten zu verstehen. Die statistische Annäherung an die Pflegeproblematik im Sinne der explorativen Datenanalyse der Arbeit versteht sich demnach zusammenfassend als:

1. auf einer Grundgesamtheit aufbauend, aber in der notwendigen Aggregation nicht zwingend normalverteilt (z.B. Kreis/Land) und
2. der Fokussierung auf Abweichungen von der Grundgesamtheit (Thüringen), die den Charakter einer Region, die Raummuster beschreiben (Topologie).

Für das zu entwickelnde Indikatorenmodell ist im allgemeinen charakteristisch, dass lineare Zusammenhänge kaum zu erwarten sind. Viele Interdependenzen ergeben eine mehr oder weniger eindeutig geclusterte Punktwolke.

3.3 Sozialindikatoren: Problematik der Infrastrukturplanung

Die Sozialberichtserstattung hat in der Bundesrepublik insbesondere im Altenhilfe- und Pflegesektor keine lange Tradition. Anders als in den USA, hat die Entwicklung sozialer Indikatoren erst recht spät eingesetzt. In den USA hat sich bereits seit Ende der 20er Jahre eine „Sozialindikatorenbewegung“ entwickelt, die Kennziffern für eine Dauerbeobachtung des sozialen Wandels und sozialer Prozesse anstrebt (vgl. ZAPF 1976). In der Wohlfahrtsmessung und der gesellschaftlichen Dauerbeobachtung in der Bundesrepublik gewinnen Sozialindikatoren erst Anfang der 70er Jahre an Bedeutung. In den folgenden Jahren verlagerte sich der Forschungsschwerpunkt von der Darstellung und Messung zur Prognose und Steuerung. Dabei kam es zu einer Relativierung der anfänglich hohen Erwartungen an die Prognostizierbarkeit und Steuerbarkeit des komplexen Systems „Gesellschaft“ (vgl. GEHRMANN U.A. 1977; ZAPF 1974).

Abhängig vom Forschungsansatz haben soziale Indikatoren entweder einen möglichst hohen Individuenbezug (z.B. zur individuellen Pflegebedürftigkeit) oder sind struktur-, prozess- oder zielorientiert (z.B. im Sinne des Pflegebedarfs). Dabei ist in „objektive Indikatoren“ der Leistungsmessung und „subjektive Indikatoren“ der Einstellungsmessung wie z.B. der „Zufriedenheit“ mit Lebensbedingungen zu unterscheiden (vgl. ZAPF 1977). Im Zuge der Pflegeversicherung sind insbesondere

¹⁴⁴ So z.B. die Lage- und Streuungsparameter für alle Kreiswerte im Sinne einer Stichprobe von $n=23$ Kreisen zur Standardisierung.

bei den subjektiven Indikatoren bedeutende Arbeiten entstanden: Das Sozialwissenschaftliche Forschungszentrum Berlin-Brandenburg veröffentlicht regelmäßig im Seniorenreport Daten und Fakten zur sozialen Lage älterer Bürger in den neuen Bundesländern. (z.B. WINKLER 1994 oder WINKLER/HAUPT 2000).¹⁴⁵ Schwerpunkt des Reports sind Stichprobenbefragungen u.a. zur Zufriedenheit, Hoffnungen oder Biographien. Methodisch ähnlich sind unzählige Untersuchungen in Städten bzw. Stadtteilen (vgl. u.a. ALTENREPORT MARZAHN 1995; GERA 50+).

Die Auswahl der Sozialindikatoren richtet sich dabei nach den aus der Wohlfahrtsmessung und gesellschaftlichen Dauerbeobachtung gewonnenen Erkenntnissen. Hinsichtlich der Prognose, Steuerung und Planung sollen adäquate handlungsorientierte Informationen bereitstehen. Sozialindikatoren haben daher ihre Bedeutung eher in der Funktion und „technischen“ Eigenschaft als in der konkreten positiv-inhaltlichen Festlegung. Ein Richtwert oder Versorgungsgrad basiert auf Erkenntnissen vorhergegangener Entwicklungen, und nicht auf einer positiv-inhaltlichen Festlegung, dass mit dem Erreichen des Richtwertes die Situation abschließend gelöst werden kann. Diese Orientierung vereinheitlicht für die vorliegende Arbeit die eher breite Definition von Sozialindikatoren in der Forschungsliteratur.

Charakteristisch für alle Sozialindikatoren ist die Schnittstellenfunktion zwischen dem politischen und wissenschaftlichen System (vgl. GEHRMANN 1977). So werden sowohl gesellschaftliche Bedürfnisse und politische Zielvorgaben quantifiziert (Inanspruchnahme gegenüber Richt- oder Bedarfsanhaltswert). Ebenso können sie politisches Handeln durch zuvor festgelegte Schwellwerte auslösen sowie politische Maßnahmen evaluieren. Auf diese Schnittstellenfunktion fokussiert die Definition und Analyse zahlreicher neuer pflegespezifischer Sozialindikatoren (Pflegeindikatoren). Neben der Evaluierung der Pflegeversicherung im räumlichen Kontext ist daher die Definition neuer Sozialindikatoren ein wesentlicher Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit, um den politischen und fachplanerischen Handlungsdruck präziser zu identifizieren (vgl. z.B. Abschnitt 5.2.4).

Da Sozialindikatoren unter Umständen normative Setzungen und gegebenenfalls deren Wandel reflektieren, ist eine zentrale methodische Anforderung an Sozialindikatoren die Transparenz und Plausibilität. Hinsichtlich der zugrundegelegten Prämissen und Kriterien ist die Auswahl, Operationalisierung, Bündelung und Gewichtung der Indikatoren festzulegen. Die Auswahl der Indikatoren ist grundsätzlich ein pragmatischer Kompromiss zwischen einem möglichst differenzierten und möglichst praktikablen Indikatorenkatalog. Darüber hinaus ist zu beachten, dass ein Indikatorenkatalog zwar intertemporal vergleichbar sein sollte, aber zugleich auch flexibel in seiner Anpassungsfähigkeit an veränderte Rahmenbedingungen bleiben muss. So sind die bestehenden Lücken in der räumlichen quantitativen Pflegeforschung eindeutig auf fehlende Datengrundlagen in der Vergangenheit zurückzuführen. Erst mit den veränderten Rahmenbedingungen durch das Pflegeversicherungsgesetz rückten hilfe- und pflegebedürftige Menschen ins Forschungsinteresse. Bedauerlich war zu diesem Zeitpunkt, dass keine verlässlichen Informationen zu den Ausprägungen der Pflegebedürftigkeit vorlagen. Infratest¹⁴⁶ führte in dieser Zeit relativ kurzfristig mehrere repräsentative Umfragen durch, um diese Lücke zu schließen und damit eine Grundlage für die Einführung der Pflegeversicherung aufzubauen.

Das System der Sozialindikatoren ist daher nicht vollständig inhaltlich und theoretisch geschlossen. Sie sind der systematische Versuch einer Lösung der Auswahl-, Verknüpfungs-, Gewichtungs- und Operationalisierungsprobleme ausgewählter gesellschaftspolitischer Dimensionen.

Nach Meinung des Autors ist die Regionalisierung, d.h. die topologische Ausdifferenzierung von Sozialindikatoren, die zur Zeit wichtigste Aufgabe. Die Orientierung der Infrastrukturplanung der Pflege an Landesdurchschnittswerten birgt die Gefahr der Festschreibung des Status quo und lässt regionalspezifische Disparitäten unberücksichtigt. Zugleich unterliegt die subjektive Einschätzung der Bevölkerung zu einer Situation (z.B. Versorgung) regionalspezifischen Prägungen. Regionale (Versorgungs-)Disparitäten können auch dort vorhanden sein, wo ein landesweiter Richtwert übererfüllt wurde. Am deutlichsten wird das beim grundsätzlichen Unterschied von Stadt und Land.

Generell gilt, dass z.B. eine (Bedarfs-)Situation von vielen Einflussfaktoren abhängig ist. Da für die vorliegende Arbeit nur regionalisierbare Indikatoren zur Anwendung kommen, können subjektive Einschätzungen nicht berücksichtigt werden.

¹⁴⁵ Siehe auch WINKLER (1990): Sozialreport '90. Daten und Fakten zur sozialen Lage in der DDR.

¹⁴⁶ So u.a. INFRAEST (1992), NAEGELE (1995).

3.4 Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf (theoretischer Ansatz)

Die Pflegebedürftigkeit ist ein direkt beobachtbarer bzw. im Sinne der Pflegeversicherung direkt messbarer Sachverhalt. Der daraus üblicherweise abgeleitete Pflegebedarf muss als theoretisches Konstrukt verstanden werden, da er zunächst einen nicht direkt beobachtbaren Sachverhalt zum Gegenstand hat. Zwar resultiert ein Pflegebedarf als Konsequenz der Pflegebedürftigkeit und äußert sich primär über die Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung. Doch weisen die Art der Pflege, der Grad der Pflegebedürftigkeit, die Pflegeleistungen und die Inanspruchnahme professioneller Dienste auf zunächst nicht spezifizierte Interdependenzen hin. Wichtigstes Element ist die Quantifizierung der Bedarfsgerechtigkeit und Sicherstellung des Pflegebedarfs.

Das Konstrukt „Pflegebedarf“ betont hier also mehr die Tatsache, dass es sich um einen nicht direkt beobachtbaren Sachverhalt handelt, während mit dem Konzept der wissenschaftlich/theoretische Begriff zur Quantifizierung des Pflegebedarfs definiert werden soll.

Der Pflegebedarf als theoretische Konstruktion wird im Folgenden in Relation zur empirisch nachvollziehbaren räumlichen Dimension untersucht. Die Komplexität, die z.B. die neuere Pflegeforschung in der Gerontologie, Geriatrie oder Medizin aufzeigt, wird nicht abgebildet (beispielhaft bei WITTMER-BACKOFEN 1999 zur regionalen Alterssterblichkeit). Im Folgenden wird das theoretische aber im Sinne der Zielstellung bereits spezifizierte Konzept des „Pflegebedarfs“ anhand unterschiedlicher empirischer Sachverhalte erarbeitet.

3.4.1 Konzeptspezifikation

Der Konzeptspezifikation liegt folgende Annahme zugrunde:

Pflegebedürftigkeit ist ein individueller Sachverhalt aus dem sich ein regional determinierter Pflegebedarf ergibt. Der Pflegebedarf ist folglich abhängig von regionalen Gegebenheiten und steht in Wechselwirkung mit regionalen Disparitäten sowohl der Versorgung als auch der Nachfrage. Ein pflegebedingtes Wanderungsgeschehen aufgrund regionaler Disparitäten ist aber nur eine der möglichen Reaktionen der Betroffenen auf die Versorgungssituation.

Daraus wird ein Modell mit einer interregionalen Komponente abgeleitet.¹⁴⁷ Die Pflegebedürftigkeit wird darin mit dem Ergebnis der medizinisch diagnostizierten Pflegeeinstufung als gegeben, aber regional differenziert definiert. In Abhängigkeit von zu spezifizierenden räumlichen Einflussfaktoren formuliert sich aus der Pflegebedürftigkeit ein regionaler Pflegebedarf.

Damit werden individuelle Bedürfnislagen, z.B. im Sinne von Werten, Restriktionen, Prävention usw. aus dem Modell weitestgehend ausgeklammert. Den gesellschaftlichen Wertewandel im Sinne der Orientierungslinien für das Verhalten einer Gesellschaft beschreibt u.a. KLAGES (1985) mit dem Wandel von den bisher vorherrschenden Pflicht- und Akzeptanzwerten hin zu Selbstentfaltungswerten.¹⁴⁸ So ist die heutige Altersgeneration noch sehr stark auf Pflicht- und Akzeptanzwerte orientiert. Wenn es notwendig ist, werden daher eigene Interessen ohne „zu klagen“ zurückgestellt (die eigenen Pflichten sind wichtiger). Es wird sich bereitwillig z.B. in die starren Strukturen eines Pflegeheims eingefügt. Diese „Pflichterfüllung“ gilt jedoch nicht mehr für die Nachkriegsgenerationen. Ihre zentralen Werte sind Kreativität und Unabhängigkeit (vgl. KLAGES 1985). Solche gesellschaftlichen Bestimmungsgrößen sind – wenn überhaupt – im interregionalen Vergleich nicht messbar. Sie werden daher mehr als Initiator sowie Grundlage der Pflegeversicherung¹⁴⁹ verstanden und weniger als messbare Indikatoren. Dennoch sind regionale Strukturunterschiede vielfach auch auf ein unterschiedliches Werteempfinden zurückzuführen. Ebenso ist der Wandel und die mit Sicherheit resultierenden Veränderungen des Pflegebedarfs und Leistungsanspruchs nicht Gegenstand des Modells.¹⁵⁰

So steht zwar im Mittelpunkt das Bedürfnis und der Bedarf des Individuums. Ausschlaggebend ist aber der resultierende Gesamtbedarf der Bevölkerung. Daher werden auch die kognitiven und emo-

¹⁴⁷ Interregional: zwischen den Räumen.

¹⁴⁸ INGLEHART (1989) spricht von der Verlagerung von „materiellen“ hin zu „postmateriellen“ Werten, mit denen die Bedürfnisse nach Selbstverwirklichung, Zugehörigkeit, sozialer Wertschätzung, intellektuelle und ästhetische Befriedigung und Mitbestimmung gegenüber der Befriedigung materieller Bedürfnisse wichtiger werden.

¹⁴⁹ Im Sinne einer solidarischen Unterstützung und nicht der einer Vollkasko-Mentalität: s. Abschnitt 2.2.3.

¹⁵⁰ So berücksichtigen auch bundesweite Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit den Wertewandel selten und sind überwiegend Status-quo-orientiert (vgl. SCHULZ/LEIDL/KÖNIG 2001 und Abschnitt 6.3).

tionalen Komponenten des Individuums (Angebotswahrnehmung, subjektive Präferenzen usw.) nicht explizit mit in das Modell einbezogen. Sofern diese einen relevanten Einfluss haben, drücken sie sich in der regional unterschiedlichen Nachfragestruktur aus.

Modellprämisse ist, dass alle angenommenen Interdependenzen quantifizierbar sein müssen, um im Sinne der empirischen Regionalforschung einen analytischen Beitrag leisten zu können. In diesem Zusammenhang hat auch ein konsequenter Raumbezug mit möglichen räumlichen Interdependenzen aller Indikatoren eine herausragende Bedeutung.

Insbesondere mit den Arbeiten von FRIESE (1994) und ZOBEL (1996) wird eine grundsätzliche Unterscheidung von nichtregionaler und regionaler Betrachtungsweise vorgenommen. FRIESE (1994) orientiert die regionale Betrachtung in seinem Simulationsmodell zur regionalen Dynamik von Pflegeplatznachfrage und Pflegeinfrastruktur jedoch „nur“ auf die Altenwanderungen (Altersgruppe über 65). ZOBEL (1996) liefert mit der Konzeption eines „raumbezogenen Informationssystems Altenhilfeplanung“ eine komplexere Datenstruktur vieler latenter Interdependenzen, die über den reinen demographischen Effekt mit einem mehr informatorischen als analytischen Schwerpunkt hinausgeht.

3.4.2 Modellspezifikation

Ausgangspunkt sind grundsätzliche Interdependenzen von gesellschaftlichen, räumlichen und demographischen Komponenten zur Pflegebedürftigkeit. Stark abstrahiert geht eine nichtregionale Betrachtungsweise von einer Anzahl Senioren aus, von denen ein Teil pflegebedürftig ist bzw. das Risiko pflegebedürftig zu werden, relativ hoch ist. Durch diese individuelle Situation sind sie auf Hilfe und Pflege angewiesen. Die Nachfrage nach altersspezifischer (Pflege-)Infrastruktur entsteht, wenn die individuelle Situation nicht, nicht mehr oder nicht ausreichend durch die Familie, Nachbarn oder den Bekanntenkreis verbessert werden kann. Die Nachfrage nach professioneller Hilfe und Pflege wird als institutionalisierter Pflegebedarf definiert. Die Bestimmungsfaktoren dieser Kausalkette sind zahlreich erforscht und belegt (vgl. u.a. BMA 1998, BRAUN 1987, NAEGELE 1995, SCHNEEKLOTH 1998).

Diese abstrahierte Betrachtungsweise unterstellt eine gleichartige regionale Pflegebedürftigkeit und Nachfrage sowie ein mehr oder weniger einheitliches Angebot von Pflegeleistungen. Es ist aber zu erwarten, dass nicht nur das Infrastrukturangebot (vgl. NAEGELE 1995) sondern auch der Pflegebedarf und die Pflegebedürftigkeit an sich regional unterschiedlich ausgeprägt sind. Damit wäre eine Orientierung nur auf die Analyse von Angebot und angebotsausgerichteter Nachfrage nicht ausreichend für die Identifizierung regionaler Disparitäten.

Aus raumwissenschaftlicher Sicht ist das beinahe eine triviale Aussage. Jedoch spricht die Fachplanung und einschlägige Forschungsliteratur oft nur den Disparitäten in der stationären Pflegeversorgung eine Bedeutung zu (also der Pflegeheimkapazität in Betten/Plätzen). Probleme wären danach nur auf eine Unter-/Übersorgung mit stationären Pflegekapazitäten zurückzuführen.

Das Modell unterbreitet daher einen Vorschlag zur multidimensionalen Betrachtung. Nicht nur in der horizontalen Betrachtung werden Interdependenzen erwartet (Bestimmungsfaktoren der Pflegebedürftigkeit und des Pflegebedarfs) sondern auch in der vertikalen als Unterschiede zwischen den Regionen. Vereinfacht sind diese Interdependenzen in einer „Black Box“ zusammengefasst (s. Abb. 3-1). Die zentrale Eingangsthese der vorliegenden Arbeit, dass Pflegebedürftigkeit jeden Menschen betreffen kann, unabhängig seines Wohnortes, wird ergänzt.

Die Struktur und insbesondere Bewältigung der Pflegebedürftigkeit ist regional differenziert und führt nicht nur zu Unterschieden in der Art und Struktur der Pflegebedürftigkeit, sondern auch zu Unterschieden in der Leistungsanspruchnahme und als – eine Konsequenz – zu pflegebedingten Wanderungsbewegungen.

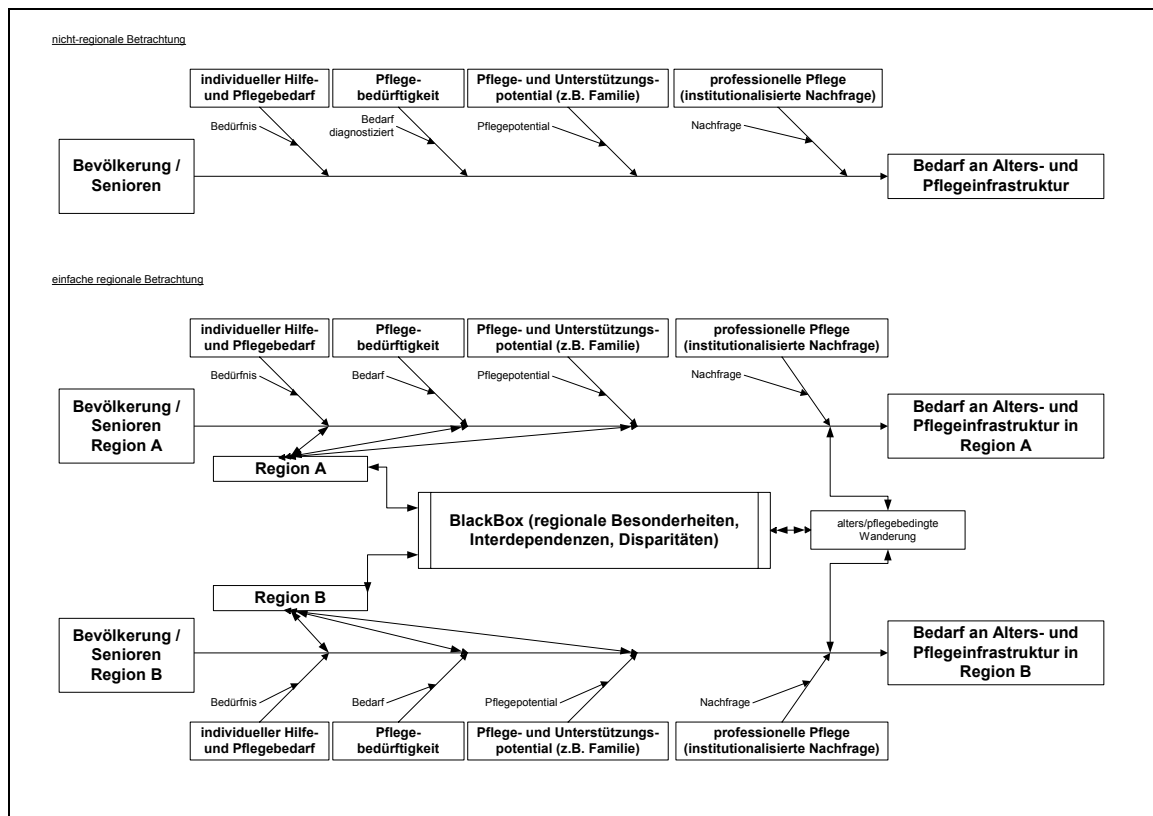


Abb. 3-1: Abstrahierte Konzeptspezifikation zur Pflege (Infrastrukturnachfrage als Kausalkette)

3.4.3 Modellkonstruktion (Quantifizierung Einfluss/Bedarf/Angebot)

Aus der Modellspezifikation wird ein Indikatorengefüge zur Beschreibung der regionalen Interdependenzen entwickelt. Das Gedankenmodell vom Entstehen eines Pflegebedarfs bis zur Inanspruchnahme von professioneller Pflegeleistung soll mit konkreten Indikatoren hinterlegt werden, die einen sachlichen Zusammenhang aufweisen bzw. erwarten lassen. Die Grundlage dieses Modells sind Erfahrungen des Autors aus der Arbeit für die Landesregierung sowie Literaturquellen zahlreicher Arbeiten auf dem Gebiet der Pflegeforschung. Sie werden in den jeweiligen Gliederungspunkten genannt und auf ihre Aussagequalität und Zielführungseigenschaft überprüft.

Diese hypothetischen Interdependenzen bzw. vereinfachten Ursache-Wirkungs-Prinzipien sind in Abb. 3-2 zusammenfassend dargestellt. Die gesellschaftlichen und politischen Elemente sind entsprechend den Grenzen von Sozialindikatoren kaum messbar und unterliegen einem stetigen Wandel (s. vorhergehenden Abschnitt). Daher beschränkt sich das Modell in der Analyse auf die direkt oder indirekt messbaren Indikatoren, deren Zusammenhang sich empirisch und statistisch nachweisen lässt sowie intersubjektiv überprüfbar ist.

Gemäß dem eingangs postulierten Forschungsansatz zur empirischen Regionalforschung als Beitrag zur Landeskunde spannt das Modell jedoch primär nur einen analytischen Rahmen auf. Ziel der Arbeit ist nicht eine Beweisführung zum Interdependenzmodell oder auch ein Gleichungssystem zum Pflegebedarf, sondern die Exploration aller Zusammenhänge innerhalb dieses analytischen Rahmens.

Danach wird die regionale Struktur der Pflegebedürftigkeit und die Infrastrukturbedarfssituation maßgeblich von drei Einflussfaktoren geprägt. Aus der demographischen Grundstruktur ergibt sich eine Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein oder zu werden, die sich in Abhängigkeit der sozialstrukturellen Möglichkeiten des Pflegebedürftigen und den raumstrukturellen Gegebenheiten an seinem Wohnort bzw. in seiner Region in Form eines konkreten (Infrastruktur-)Bedarfs äußert.

Die Abbildung macht deutlich, dass einzig aus einem Bedürfnis noch kein konkreter Bedarf abgeleitet werden kann. Erst aus komplexen Wechselbeziehungen wird aus einem Bedürfnis auch ein Bedarf, wie ein Vergleich der Wartelisten mit den tatsächlichen Einzügen ins Pflegeheim aufzeigt (s. Abschnitt 5.2.2 „Wartelisten und verbindliche Anmeldungen“). Pflegebedürftige und Angehörige

ge formulieren begreiflicherweise ein höheres Hilfe- und Pflegebedürfnis, als sie es in der Realität tatsächlich in eine Nachfrage umsetzen (können oder wollen). Mit dem Abstufungsziel des PflegeNetzwerkes „ambulant vor stationär“ kann es dadurch zur Verzerrung der Realität und der öffentlichen Problemwahrnehmung kommen. So stellt die THÜRINGER ALLGEMEINE¹⁵¹ anhand der Wartelistenerhebung des Autors den „Pflegenotstand“ in Thüringen fest. Die hier genannten Wartelisten aus der Erhebung des Autors geben jedoch keineswegs einen konkreten stationären Pflegebedarf wieder. Die Struktur der Wartelisten spiegelt den zuvor geschilderten Unterschied von Bedürfnis und Bedarf und nicht die Struktur der Einzüge in die Pflegeeinrichtungen wieder (vgl. Abschnitt 5.2.2). Aus diesen Gründen und zahlreichen Doppeltmeldungen führen nur noch die wenigsten Pflegeeinrichtungen eine Warteliste im Sinne eines potentiellen „Pflegeheimbedürfnisses“ sondern – wenn überhaupt – nur Listen mit verbindlichen Anmeldungen.

Die Definition der Indikatoren des Interdependenzmodells unterscheidet in ideale und realisierbare Indikatoren. Ideale Indikatoren messen unmittelbar einen Sachverhalt oder auch Zusammenhang und bilden ihn ab. Sie sind jedoch aufgrund der zugänglichen Informationen oder ihrer Messbarkeit nicht die Regel. Demgegenüber versuchen realisierbare Indikatoren als Ersatzindikatoren den Sachverhalt oder Zusammenhang bestmöglich abzubilden. Ein treffendes Beispiel für realisierbare Indikatoren sind die Indikatoren Seniorenanteil, Biletter-Maß und SAS-Maß, die versuchen, die spezifische Altersstruktur einer Region zusammenfassend abzubilden (s. Abschnitt 4.2.2).

Eine weitere Herausforderung beim Aufbau eines regionalisierbaren Indikatorensystems liegt im Bereich der Datenkompatibilität (Erhebungszeitraum und Bezugsebenen) sowie in ihrer regionalen Differenziertheit. In den folgenden Abschnitten werden die Basisindikatoren entsprechend ihres Ursprungs gegliedert und auf die definierten Maßstabsebenen aggregiert:

- Standort der Pflegeinfrastruktur,
- Gemeinden bzw. Postleitzahlregionen,
- Landkreise und kreisfreie Städte (Zusammenfassung der Indikatoren auf Kreisebene).

Der umgekehrte Weg, bundes- oder landesweite Strukturmerkmale auf einzelne Standorte oder Gemeinden zu übertragen, soll mit dem Indikatorenmodell nicht gegangen werden. Mit der Prämisse einer möglichst umfassenden regionalen Differenzierung ist ein echter Erkenntnisgewinn ausgeschlossen. Folgerichtig werden auch keine bundesweiten Erkenntnisse zur demographischen Entwicklung oder zum Wertewandel aufgenommen.

Das Interdependenzmodell orientiert sich bei den raumstrukturellen und soziodemographischen Indikatoren ausdrücklich auf Nachvollziehbarkeit und Informationsverfügbarkeit. Die gute allgemeine Informationsdichte macht aus Sicht des Autors spezielle Sondererhebungen, die nicht den Aspekt der Pflegebedürftigkeit betreffen, überflüssig. Mit dem Interdependenzmodell werden folgende Hauptgruppen untersucht:

1. Demographie: Die demographische Situation und Entwicklung mit den Elementen der Altersstruktur, Wanderungen usw. sind durch die amtliche Statistik eindeutig bestimmbar. Bedeutung, Exaktheit und statistische Eindeutigkeit bei der demographischen Zuordnung von Pflegebedürftigkeit bilden die zentrale Gruppe der Einflussindikatoren.
2. Sozialstruktur: Soziologische Elemente der Familien- und Haushaltsstruktur wie die Individualisierung und Pluralisierung der Lebensstile sind interregional nur schwer messbar. Der sich jedoch daraus ergebende Trend zu kinderlosen Familien und kleineren Haushalten ist u.a. mit den Ergebnissen des Mikrozensus weitestgehend regional darstellbar. Gleichmaßen bilden die Indikatoren zur Einkommenssituation, Erwerbstätigkeit und Wohnstruktur der Bevölkerung einer Region zwar nicht die (soziologischen und gesellschaftlichen) Ursachen selbst ab, aber es können daraus quantitative Ableitungen u.a. auf die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen gebildet werden.
3. Raum- und Siedlungsstruktur: Wichtige Elemente wie z.B. Bevölkerungs-, Siedlungsdichte oder zentralörtliche Versorgungssituation sind rein quantitativ gut zu erfassen.

¹⁵¹ THÜRINGER ALLGEMEINE vom 18.06.2002: „Zimmer mit Aussicht. Bei Umfrage 1200 Thüringer auf Warteliste gemeldet / Künftig 3000 weitere Plätze nötig“.

4. Soziale Infrastruktur: Entwicklung, Art, Kapazität und Standort von Pflegeeinrichtungen und -diensten als Ergebnis der staatlichen Fachplanung als auch des (Pflege-)Marktes sind durch den Autor vollständig erfasst worden.

Der Zielstellung entsprechend kommt den pflegespezifischen Indikatoren durch ihre höhere Anzahl zunächst eine größere Bedeutung zu (Typologie), als es für die spätere räumliche Betrachtung (Topologie) notwendig erscheint.

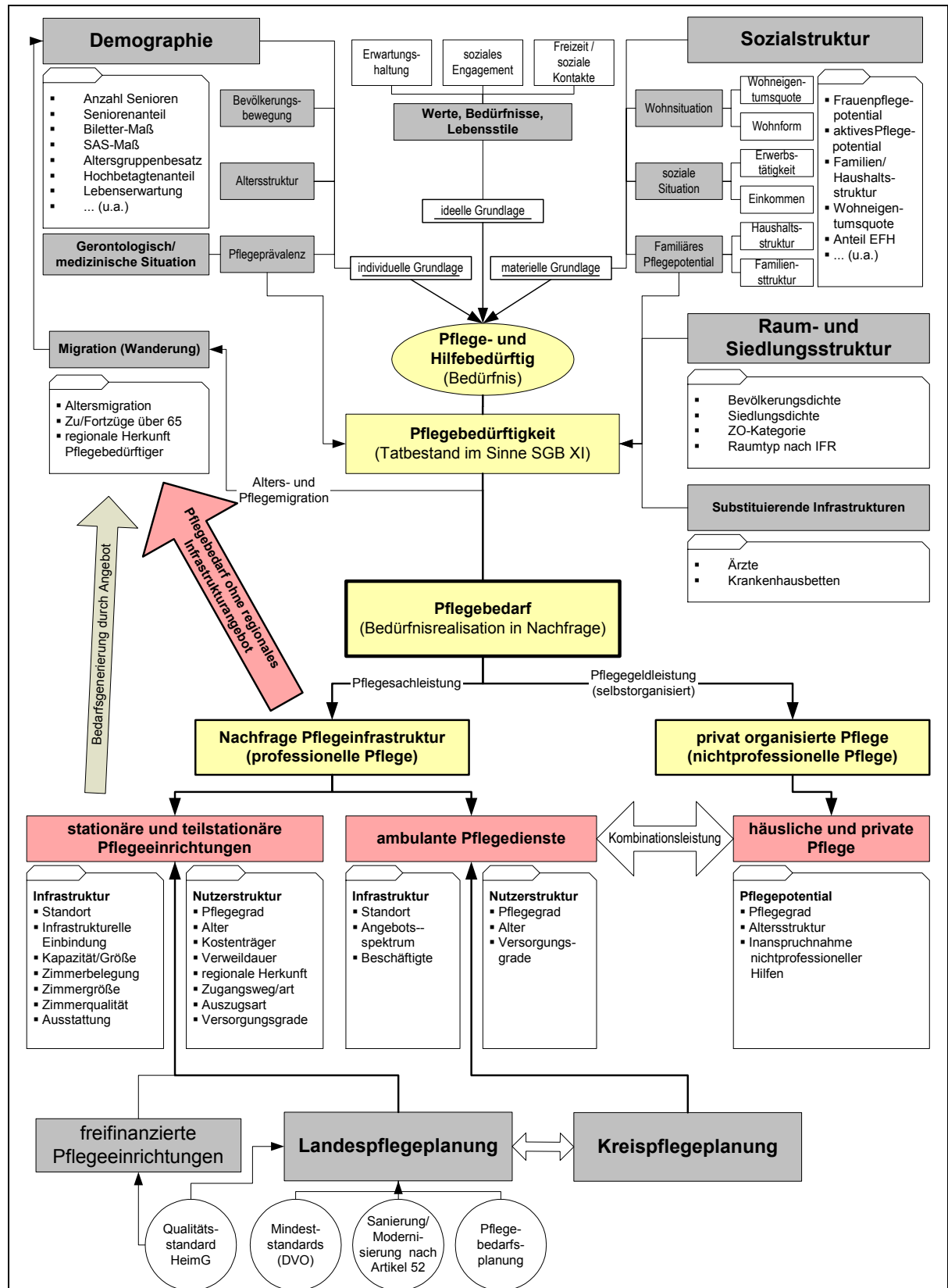


Abb. 3-2: Regionales Interdependenzmodell der Pflegebedürftigkeit und -infrastruktur

3.5 Forschungskonzept Typologie und Topologie

Substanzieller Kern der vorliegenden Arbeit ist die Struktur- und Interdependenzanalyse mit den zwei Untersuchungsaspekten Typologie und Topologie. Die Typologie beschreibt darin den sachlichen Zusammenhang nach Art, Umfang und Struktur, die Topologie die Verteilung und Beziehung im Raum. Diese Differenzierung ist notwendig, da mit dem Forschungsansatz über einen Beitrag zur Raum- und Regionalforschung hinaus ebenfalls ein Einstieg in die räumliche Analyse der Pflegebedürftigkeit aus fachplanerischer Sicht geleistet werden soll. D.h. die Typologie ist für die vorliegende Arbeit überwiegend pflegedeterminiert. Untersuchungen zur Typologie des Raumes sind ein eigenes Forschungsfeld und werden nur soweit pflegerelevant genannt (z.B. Stadt-Umlandforschung oder die Abgrenzung ländlicher Räume). Mit Topologie wird hingegen der räumliche Aspekt der Pflegebedürftigkeit definiert.

3.5.1 Untersuchungsmethodik und Datengrundlagen (Fragebogen)

Grundlage vorliegender Arbeit ist die umfassende, primärstatistisch unmittelbar erfasste und einzelfallbezogene Datengrundlage, die sich aus eigenen Erhebungen, Umfragen und primären Rohdaten der Heimstatistik und Pflegekasse AOK zusammensetzt.

Die wichtigsten und bisher einmaligen empirischen Grundlagen bilden insgesamt drei Erhebungen des Autors aus den Jahren 1997, 1998 und 1999 zur Pflegebedürftigkeit in Thüringen (s. Anhang Abschnitt 8.1). Ausgangspunkt dieser Erhebungen war die Erstellung und Fortschreibung des Thüringer Landespflegeplans sowie die Dokumentation des Landesinvestitionsprogramms im Auftrag des TMSFG (vgl. u.a. ZOBEL 1998, ZOBEL 1999, ZOBEL 2000).¹⁵² Diese Basiserhebungen haben den Charakter einer Grundgesamtheit und wurden vom Autor durchgeführt, ausgewertet und analysiert und in Auszügen in den jeweiligen Thüringer Landespflegeplänen dargestellt (vgl. TMSG 1998, TMSG 1999 und TMSFG 2001).¹⁵³

Die Erhebungen erfolgten mittels Fragebögen, die an alle Einrichtungen verschickt wurden, die im Landespflegeplan enthalten waren oder einen Antrag auf Aufnahme in den Landespflegeplan gestellt hatten. Die Umfragen basierten weitestgehend auf dem Freiwilligkeitsprinzip, da eine amtliche Pflegestatistik noch nicht verabschiedet war und außer der für Planungsaufgaben unzureichenden Heimstatistik nach Heimgesetz keine gesetzliche Grundlage bestand. Mit einer dauerhaften Ausnahme konnte dennoch die gesamte stationäre und teilstationäre Pflegeinfrastruktur und die darin versorgten Pflegebedürftigen erfasst, dokumentiert und der Entwicklungsverlauf nachgezeichnet werden. Der Fragebogen enthielt die Themen:¹⁵⁴

- Anschrift, Träger und Art der Einrichtung,
- Kapazität und Bewohnerstruktur der Einrichtung (Angebotsumfang),
- Personenbezogene Strukturdaten/-merkmale (d.h. jede Person wurde einzeln erfasst),¹⁵⁵
 - Bewohnerstruktur (vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege, Tagespflege),
 - Einzüge (vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege, Tagespflege),
 - Auszüge / Vertragsende (vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege, Tagespflege),
- Zimmerstruktur und -ausstattung,
- bauliche Struktur und Ausstattungsmerkmale sowie
- Standort und infrastrukturelle Einbindung.

Der Fragebogenrücklauf lag infolge umfassender telefonischer oder persönlicher – oft über die eigentliche Umfrage hinausgehender – Beratung durchweg bei über 99%. Gleichmaßen hoch war

¹⁵² Im Rahmen einer mehrjährigen beratenden Tätigkeit des Autors für das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit wurden unter anderem diese Erhebungen durchgeführt. Die so im Rahmen des § 14 Absatz 2 ThürAGPflegeVG erhobenen Daten wurden für Zwecke der Landesplanung (§ 5 ThürAGPflegeVG) und der Investitionsförderung (§ 7 ThürAGPflegeVG) analysiert.

¹⁵³ Das Forschungsdesign zum Landespflegeplan ist als Längsschnittuntersuchung angelegt. Ziel war es neben allgemeinen Veränderungen gerade die Erfolge des Landesinvestitionsprogramms zu dokumentieren und in Auszügen als Planungsgrundlage im Landespflegeplan darzustellen.

¹⁵⁴ Zu Struktur und Aufbau des Fragebogens s. Anhang Abschnitt 8.2.

¹⁵⁵ Grundsätzlich anonymisiert ausgewertet und dargestellt. Die mit der Erhebung von Personendaten verbundene datenschutzrechtliche Anforderung wurde durch den Verzicht auf Angaben zum Geschlecht in der Erhebung 1999 gewährleistet.

die Qualität der Fragebögen und Vollständigkeit der Beantwortung. Diese außerordentlich gute Grundlage ermöglichte eine umfangreiche und regional bis zum Einzelstandort sowie einzelnen Pflegebedürftigen abgestufte Datenstruktur zur stationären und teilstationären Pflege. Hervorzuheben ist z.B. die Wohnortzuordnung nahezu aller Bewohner (s. Abschnitt 5.2.3.8).

Die genehmigte Einrichtungskapazität, der Name und die Anschrift der Einrichtungen wurden in Zusammenarbeit mit der Heimaufsicht des Freistaats Thüringens u.a. anhand der Heimstatistik laut Heimgesetz (genehmigte Plätze) überprüft.¹⁵⁶ Aus der Umfrage nach Heimgesetz 1994 wurden im Rahmen der Diplomarbeit des Autors ebenfalls die Fragebögen aller Alten- und Behindertenheime ausgewertet und analysiert (vgl. ZOBEL 1996).

Die ambulante Pflege konnte aufgrund ihres Charakters und ihrer Entwicklungsdynamik nicht vergleichbar detailliert erhoben und dokumentiert werden.¹⁵⁷ Die Erfassung der ambulanten Pflegeinfrastruktur erfolgt auf der Grundlage der Kreispflegepläne und der Listen der Pflegekassen über Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Die Anzahl und Struktur der ambulant oder häuslich versorgten Pflegebedürftigen wird aus den AOK-Versichertendaten Thüringens (Pflegeleistungsempfänger) ermittelt. (s. Abschnitt 5.3).

Mit den zeitgleich zum 4. Landespflegeplan im Jahr 1999 durchgeführten aber erst knapp zwei Jahre später veröffentlichten Ergebnissen der amtlichen Pflegestatistik (TLS 2000a, TLS 2000b) konnten die Datenbestände zudem grundsätzlich positiv überprüft werden. Dabei wurden aber auch gravierende Mängel und die weder inhaltlich noch regional ausreichende Differenzierung der veröffentlichten Ergebnisse der amtlichen Pflegestatistik deutlich.¹⁵⁸ Die Ergebnisse werden daher nur zur Ergänzung ambulanter Pflegedaten herangezogen (s. Abschnitt 5.3.2).

Für die Gruppe der Einflussindikatoren werden Berichte und Daten der amtlichen Statistik Thüringens (Thüringer Landesamtes für Statistik - TLS) herangezogen, das Landesentwicklungsprogramm Thüringen (TMWI 1993) und die regionalen Raumordnungspläne ausgewertet und ergänzende Datengrundlagen untersucht (z.B. zur Arbeitslosigkeit). Grundlage sind hier vorwiegend Gemeindedaten und – nur wenn nicht verfügbar – Angaben auf Kreisebene.

In Abhängigkeit vom Zeitfenster und der Datenverfügbarkeit liegt die Anzahl der Beobachtungen/Fälle zusammenfassend bei den:

- demographischen, raumstrukturellen und siedlungsstrukturellen Indikatoren bei 1.247 Gemeinden (bzw. wurde auf andere Gebietsstände aggregiert).
- stationären Pflegeinfrastrukturindikatoren bei 304 Pflegeeinrichtungen.
- Indikatoren zur stationären Pflegebedürftigkeit bei 30.569 Personen (30.06.1999).
- ambulanten Pflegeinfrastrukturindikatoren bei 448 Pflegediensten (Einrichtungen).
- Indikatoren zur ambulanten oder häuslichen Pflegebedürftigkeit bei rd. 17.300 Merkmalsausprägungen (Personen im Ursprung der Leistungsempfängerdaten).

Anwendungsgrenzen und Grenzen des empirischen Datenmaterials bestehen in der Kompatibilität bzw. Schnittstelle der räumlichen Referenzdaten (Raumbezüge). Einflussindikatoren (Soziodemographie, Siedlungs- und Raumstruktur) haben grundsätzlich administrative Referenzdaten. Anders bei den räumlichen Referenzdaten zur Pflegelandschaft. Der Wohnort bzw. die Herkunft vor

¹⁵⁶ Erstellt durch die Heimaufsicht nach § 1 Abs. 1 und 1 a Heimgesetz.

¹⁵⁷ Das Land hat die Planungskompetenz z.B. für ambulante Pflegedienste an die Kreise übertragen. Sie unterliegen daher keiner landesweiten Planung oder Kontrolle. Eine Erhebung wäre nur auf Basis der Freiwilligkeit möglich.

¹⁵⁸ Ende 1999 wurde erstmalig deutschlandweit eine amtliche Pflegestatistik gemäß § 109 SGB XI vom Statistischen Bundesamt und den Statistischen Landesämtern durchgeführt. Nach fast zwei Jahren wurden relativ knappe zusammenfassende Ergebnisse veröffentlicht (TLS 2000A, TLS 2000B, STATISTISCHES BUNDESAMT 2001, STATISTISCHES BUNDESAMT 2001B). Der notwendige demokratische Konsens zwischen den Bundesländern und der Bundesregierung zur Umsetzung der amtlichen Pflegestatistik bewirkte nicht nur ein spätes Inkrafttreten der Pflegestatistikverordnung, sondern hat auch die inhaltlichen und statistischen Möglichkeiten stark beschnitten. Der Pflegestatistik fehlt es weitestgehend an einer regionalen Differenzierung. Ferner hat sich beim Vergleich der Totalerhebung des Autors vom 30.06.1999 und den Ergebnissen der amtlichen Pflegestatistik vom 15.12.1999 gezeigt, dass z.B. die Kapazitätsangaben der Pflegeeinrichtungen in der amtlichen Pflegestatistik eher den Wunschvorstellungen der Träger entsprechen. Die tatsächlich genehmigten und damit den baulichen und gesetzlichen Anforderungen entsprechenden Pflegeplatzkapazitäten liegen deutlich unter den laut amtlicher Pflegestatistik ausgewiesenen Werten. Ebenso weist die vollstationäre Gesamtbelegung eine Differenz von rd. 1.000 Bewohner in Thüringen auf. Diese Unstimmigkeiten und Differenzprobleme zeigen, dass die Erhebungen des Autors durch Plausibilitätskontrollen, Detailkenntnisse und insbesondere durch die Integration weiterer Erhebungen (Angaben der Heimaufsicht, Heimstatistik oder AOK) eine deutlich exaktere Planungsgrundlage ermöglichen.

Heimeinzug der Pflegebedürftigen wurde bei den Umfragen nur durch das „ihnen“ bekannte Kriterium der „eigenen“ Postleitzahl möglich. Diese Wohnadresse bzw. -ort wurde als Punktinformation georeferenziert. Nächste höhere räumliche Aggregate (z.B. Kreise) sind daraus mit geringen Überschneidungen abzuleiten (s. Anlage II - 1.3 und Karte II-7). Räumliche Referenzdaten zur sozialen Infrastruktur sind hingegen anhand des Standortes sowohl administrativ (gemeindebezogen) als auch nach Postleitzahlen erarbeitet worden.

3.5.2 Thematische Kartographie und Gebietsstand

Für die explorative Analyse räumlicher Daten haben kartographische Verfahren eine große Bedeutung. Sie unterstützen die Identifizierung von räumlichen Mustern und Zusammenhängen insbesondere dann, wenn keine vorgefassten Annahmen bestehen. Als Besonderheit der räumlichen Datenanalyse sind Effekte der Lokalität, der räumlichen Abhängigkeit und der räumlichen Heterogenität zu berücksichtigen. Karten verdeutlichen visuell mit hoher Informationsdichte den topologischen Aspekt durch:

- die Beschreibung räumlicher Verteilungen,
- das Muster räumlicher Zusammenhänge (räumliche Cluster),
- die Identifikation atypischer räumlicher Einheiten (Ausreißer) und
- potentieller Konzepte des räumlichen Zusammenhangs (räumliche Autokorrelation).

Die thematische Kartographie wird als Hilfsmittel verstanden, um die umfangreiche und komplexe Datenstruktur nicht nur zu beschreiben, sondern daraus Muster und Strukturen zu extrahieren (explorieren). Innerhalb der thematischen Kartographie bilden statistische Karten eine wichtige Sondergruppe, die im wesentlichen die Ergebnisse statistischer Analysen mit ihrem räumlichen Bezug wiedergeben (vgl. IMHOF 1971).

Ebenso ist die Kartierung von Krankheiten eine traditionelle Arbeitsweise der Epidemiologie und der Medizinischen Geographie (vgl. KISTEMANN 1998). Diese Nutzung beschränkte sich nicht nur auf die Visualisierung von Daten, sondern sie wurde spätestens seit dem letzten Jahrhundert als exploratives Werkzeug zur Datenanalyse genutzt. So zeigt ROBERT COWAN anhand einer Karte vor über 150 Jahren, dass Fiebererkrankungen um so stärker verbreitet sind, je dichter ein Gebiet besiedelt ist.¹⁵⁹ SCHWEIKART (1999) verweist daher auf die bedeutende Entwicklung der Kartographie in der Epidemiologie und Medizin von einer vorwiegenden Beschäftigung mit der Verbreitung von Krankheiten und Seuchen zu einem umfassenden Themenkomplex des „Health Mapping“ als interdisziplinäre Aufgabe. SCHWEIKART nennt hier insbesondere die Themen Gesundheitszustand, Gesundheitsrisiken, Gesundheitsversorgung, Inanspruchnahme, Kosten der Gesundheitsversorgung und nicht zuletzt demographische und sozioökonomische Struktur und Kultur der Zielbevölkerung.

Die kartographischen Möglichkeiten entwickeln sich durch die computergestützten Visualisierungstechniken (GIS-Technologie) beachtlich weiter.¹⁶⁰ Aus dem weiten Spektrum der Visualisierungstechniken kommen überwiegend fünf Verfahren zur Anwendung, die sich aus der Erfahrung des Autors zur Darstellung quantitativer, raumbezogener Sachdaten als am geeignetesten erwiesen haben (Assoziation und Verständnis für den Kartenleser).

Choroplethenkarte¹⁶¹: Choroplethenkarten sind eine der am häufigsten genutzten Visualisierungstechniken der thematischen Kartographie. Choroplethenkarten stellen quantitative Informationen in bestimmten begrenzten Räumen durch Flächensignaturen dar (Helligkeitsunterschiede von z.B. Farben/Rastern oder Dichteunterschiede von Schraffuren/Mustern). Die Klassifikation der Daten ist bei der Visualisierung wichtig (Signatur und Klasse), obwohl durch die computergestützte Kartographie auch unklassierte Choroplethenkarten eingesetzt werden (stetige Signatur durch Farbverläufe ohne Klassengrenzen). Die Aufteilung (Klassifizierung) der Daten in diskrete Klassen ist eine der Hauptschwierigkeiten der Choroplethenkarten, da sie maßgeblich den visuellen Eindruck bestimmt. Zu den Nachteilen der Choroplethenkarten gehö-

¹⁵⁹ GORDON A.; WOMERSLEY, J.: „The use of mapping in public health and planning health services“. *Journal of Public Health Medicine*, 19(2), 1997, S. 139-147, aus SCHWEIKART (1999).

¹⁶⁰ Einen umfassenden Überblick zu den Möglichkeiten und zu Visualisierungen in Geo-Informationssystemen zeigt JUNG (1998).

¹⁶¹ Aus dem Griechischen abgeleitet für Choros (= Raum) und Plethos (= Menge).

ren die visuellen Verzerrungen durch unterschiedlich große Gebiete oder Darstellungsprobleme bei absoluten Zahlen.

Bivariate Choroplethenkarten (auch Regional-Portfolio): Bivariate Choroplethenkarten stellen quantitative Informationen in der Gegenüberstellung zweier Indikatoren dar. Gebiete werden einem der Quadranten des „Portfoliocharts“ zugeordnet. Von Interesse sind hauptsächlich die beiden Extremgruppen, in denen beide Indikatoren entweder hohe oder niedrige Werte besitzen. Ziel ist eine zusammenfassende Interpretation beider Indikatoren.

Signaturkarten: Signatur- oder Symbolkarten sind ebenfalls eine weit verbreitete Visualisierungstechnik der thematischen Kartographie. Sie bilden quantitative Daten auf einer gestuften, größenvariablen und punktförmigen Signatur ab. Der klassifizierte Wert kann sowohl durch die Signatur, Form, Größe (Skalierung) als auch Farbigkeit/Helligkeit abgebildet werden. Die Klasseneinteilung ist vergleichbar mit Choroplethenkarten. Die Signaturen beziehen sich entweder auf isolierte Punkte oder eindeutig begrenzte Gebiete (z.B. auf den Gebietsmittelpunkt).

Diagrammkarten: Diagrammkarten sind Visualisierungsformen, die über den Raumbezug (z.B. ein abgegrenztes Gebiet) mehrere Daten zusammenfassen. So z.B. als Balken-, Linien- oder Tortendiagramm. Die verorteten Diagramme können ähnlich wie Signaturen zusätzlich datenproportional in der Größe skaliert werden.

Rendering statistischer Flächen bzw. qualitative Gitternetz-Karten: Qualitative Gitternetz-Karten versuchen quantitative Phänomene und Daten so abzubilden, dass ein generalisierender qualitativer Eindruck entsteht. Visuell sind diese Karten vergleichbar mit der Isoliniendarstellung, deren Daten nicht an Punkte oder Flächen aggregiert sind, sondern geographisch kontinuierlich auftreten. Für die Arbeit wird über die administrativen Grenzen Thüringens ein engmaschiges Gitternetz gelegt und die quantitativen Gebietswerte auf das Gitternetz übertragen (Rendering). Die Signatur wird in Abhängigkeit von angrenzenden Gebieten generalisiert bzw. geglättet. Es entstehen zusammenhängende Strukturen ähnlicher Ausprägung. Inhaltliche Zusammenhänge werden räumlich-visuell anschaulicher. Die computergestützte Kartographie ermöglicht es, dieses Visualisierungsverfahren zusätzlich mit Höheninformationen zu versehen und dreidimensional darzustellen.

Eine effektive Klassifikation der Daten ist primär abhängig von der Visualisierungsfunktion.¹⁶² Im Sinne der explorativen Analyse sollte die Klassifizierung an die Datencharakteristika angelehnt sein. Einheitliche oder konstant zunehmende Intervallabstände (äquidistante Klassenbreite)¹⁶³ sind dafür eher ungeeignet, da die Charakteristik z.B. von Extremwerten nicht hinreichend gut darstellbar ist. Geeigneter sind quantile Klassifikationen¹⁶³, da alle Klassen die gleiche absolute Häufigkeit der Objekte (z.B. Gemeinden) enthalten. Da für die vorliegende Arbeit eine einheitliche Systematik und Vergleichbarkeit aller Aussagen angestrebt wird, werden vorwiegend quantile Klassifikationen eines gleich großen Klassenbesatzes mit Objekten eingesetzt. Damit ist eine explorative Charakterisierung der Gebiete gegeben, da eine ungerade Klassenanzahl immer die Lage eines Gebietes relativ zum Mittelwert bzw. Medianwert aller Gebiete wiedergibt (über, um bzw. unter dem Medianwert). Diese Informationsverdichtung wird nach der Standardisierung der Indikatoren weiter vereinfacht (Mittelwert = 0). Positive Zahlenwerte charakterisieren im Sinne der Orientierung Regionen mit guten Bedingungen und entsprechend umgekehrte negative Zahlenwerte eher schlechte.

Die kartographische Visualisierung der vorliegenden Arbeit basiert auf dem Gebietsstand der Gemeinden und Kreise in Thüringen vom 31.12.1999.¹⁶⁴ Für die Analyse und Darstellung der Entwicklung seit 1990 wurde tabellarisch und kartographisch die gesamte kommunale Neugliederung im Freistaat Thüringen nachgezeichnet und die Daten entsprechend abgeglichen. Für ausgewählte Indikatoren und Karten werden auch andere Gebietsstände zugrundegelegt, da die höhere Differenzierung früherer Gebietsstände genauere Aussagen zulassen.¹⁶⁵

¹⁶² Unter Datenklassifikation wird die systematische Unterteilung eines quantitativen Wertebereichs in disjunkte Intervalle verstanden.

¹⁶³ Arithmetische Klassenbildung: die Klassenbreite nimmt um einen konstanten Faktor zu.

Äquidistante Klassen: alle Klassen sind gleich breit.

Quantile Klassen: alle Klassen haben die gleiche absolute Häufigkeit der Objekte.

¹⁶⁴ Die Visualisierung erfolgt mit dem Programmpaket Regiograph der Firma Macon in der Version 5.

¹⁶⁵ Diese dienen lediglich einer differenzierten Aussage auf Grundlage der mit der kommunalen Gebietsreform rückläufigen Gemeindeanzahl (Veränderung von 1703 Gemeinden im Jahr 1990 auf 1018 im Juni 2000).

Die exakte kleinräumige kartographische Darstellung (Gemeindegrenzen) hat im Hauptteil der Arbeit keinen expliziten Schwerpunkt. Eine solche Detaillierung korrespondiert nicht mit dem Ziel einer weitgehenden Abstrahierung auf Raummuster. Daher werden Gemeindedaten überwiegend mit qualitativen Gitternetzkarten dargestellt. Methodische Schnittstellenprobleme der räumlichen Referenzdaten werden zudem ausgeglichen. Kartographische Darstellungen auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte sind hingegen durchgängig gebietsscharf dargestellt.¹⁶⁶

3.6 Ablaufschema „exploratives empirisches Methodenmodell“

Die statistischen Verfahren dieser Arbeit orientieren sich weitestgehend an dem Grundlagenwerk der räumlichen geographischen Forschung von BAHRENBURG/GIESE/NIPPER (1990). Darüber hinaus liefert ILMES¹⁶⁷ aktuelle Impulse zur empirischen Sozialforschung. Die notwendigen Rechenoperationen werden mit den Softwareprodukten SPSS, WinSTAT und STATISTICA realisiert.¹⁶⁸

Der bisher aufgeführte Anspruch des Indikatorenmodells erfordert eine umfangreiche, möglichst umfassende Ausgangsdatenlage, die objektiv/intersubjektiv nachprüfbar ist und erst in der Analyse auf einen Kern reduziert wird. Zunächst werden daher getrennt nach Einfluss- und Pflegeindikatoren die jeweiligen Auswahlindikatorenmodelle extrahiert, um möglichen inhaltlichen oder statistischen Redundanzen in den Ausgangsdaten zu begegnen. Ferner ist für die Interpretierbarkeit von Einzelerkenntnissen im Kontext der Gesamtproblematik eine Dimensionsreduktion und Informationsverdichtung unentbehrlich.¹⁶⁹ Diese Indikatorenreduktion erfolgt anhand explorativer statistischer Verfahren sowie explorativer inhaltlicher Interpretation der Indikatorenbedeutung und -gewichtung.

Die Informationsverdichtung¹⁷⁰ führt über sechs Stufen zu einem komplexen Indikatorenkatalog. Die anschließende explorative Analyse der Gesamtproblematik „Pflege“ (Kapitel 6) erfolgt in ähnlicher Systematik ebenfalls in den sechs Stufen. Das systematische sechsstufige Methodenmodell ist in Abb. 3-3 dargestellt und wird nachfolgend skizziert. Dabei ist die Systematik des Methodenmodells so gewählt, dass bereits die gemeinsamen Ergebnisse der Kapitel 4 „Einflussindikatoren“ und 5 „Pflegeindikatoren“ wichtige Teilergebnisse der Arbeit darstellen. Weiterführende Anmerkungen zu einzelnen Methoden und mathematischen/statistischen Instrumenten der Datenanalyse sind im Anhang I - 2 aufgeführt.

1. Stufe Indikatorenbasis und Deskription (Abschnitt 4.1 bis 4.4 und 5.2 bis 5.4)

Die 1. Stufe besteht aus der systematischen Aufbereitung und Erläuterung der gesamten Datengrundlage in thematischer Gliederung. Sowohl absolute Werte wie relative Orientierung stehen im Mittelpunkt vornehmlich visueller und inhaltlicher Erklärungen der Sachverhalte und Situationen. Diese empirische raumbezogene Grundlagenforschung bildet das Rückgrat des Indikatorenkataloges. Mit den beiden Indikatorengruppen Einfluss- und Pflegeindikatoren werden damit inhaltlich und deskriptiv die empirischen Grundlagen und Umfrageergebnisse im Detail dargestellt.

Das Kapitel Pflegelandschaft wird darin umfangreicher behandelt, als die aus der raumplanerischen Fachdiskussion bereits bekannten und diskutierten Aspekte der soziodemographischen und raumstrukturellen Einflussfaktoren. Die Problematik der Pflegebedürftigkeit ist aus Sicht des Autors bisher nur unzureichend charakterisiert und diskutiert worden. Aus der Summe der zum Teil erstmalig veröffentlichten Einzelaspekte zur Pflege in Thüringen wird die „Pflegelandschaft Thüringens“ landeskundlich umfassend beschrieben. Die Einflussindikatoren rekapitulieren überwiegend bekannte, aber pflegespezifizierte Erkenntnisse der Raumforschung und -planung.

Gemäß der methodischen Abgrenzung werden die Indikatoren keinem statistischen Test, wie z.B. zu Verteilungshypothesen, unterzogen (s. Abschnitt 3.2). Unterschiede in der Verteilungsstruktur

¹⁶⁶ Gebietsscharfe kartographische Darstellungen sind, sofern notwendig, in den Anlagen aufgeführt.

¹⁶⁷ WOLFGANG LUDWIG-MAYERHOFER: ILMES - Internet-Lexikon der Methoden der empirischen Sozialforschung; <http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ilmes.htm>; Stand 30.06.2002.

¹⁶⁸ Vgl. zu SPSS: <http://www.spss.com/>, zu WinSTAT: www.winstat.de und zu STATISTICA <http://www.statsoft.de>.

¹⁶⁹ Unter Dimensionsreduktion und Informationsverdichtung wird in der vorliegenden Arbeit die Eingrenzung einer großen Anzahl unterschiedlicher Indikatoren auf einige wenige aber zentrale Indikatoren und Faktoren verstanden. Dimension meint hier die Vorstellung, dass eine Anzahl n Indikatoren die Lage eines Kreises in einem n -dimensionalen Raum beschreibt.

¹⁷⁰ Die Informationsverdichtung folgt getrennt nach Einfluss- und Pflegeindikatoren grundlegend dem sechsstufigen System, wobei auf die Ausführlichkeit in der Darstellung zu Gunsten des Arbeitsumfanges verzichtet wurde.

der beobachteten und der theoretischen Häufigkeiten sind im explorativen Ansatz untergeordnet und sollen Strukturen und Muster aufdecken.

2. Stufe Standardisierung, Orientierung und Exploration

Mit der 2. Stufe werden die Einfluss- und Pflegelandschaftsindikatoren tabellarisch strukturiert, standardisiert und orientiert.

Tabellenaufbau

Das umfangreiche Tabellenwerk der vorliegenden Arbeit soll den vielfach geäußerten Wünschen von kommunalen Sozialplanern, Trägern und Pflegekassen nachkommen und ein umfangreiches, detailliertes und differenziertes Arbeitsmaterial für deren eigene Pflegeplanung bereitstellen. Diese Offenlegung der gesamten Datengrundlagen und der umfangreichen eigenen Erhebungen sowie die tabellarische Aufbereitung der Indikatorenbasis (insbesondere der Pflegelandschaftsindikatoren) sind in dieser Form ein wichtiges Zwischenergebnis der vorliegenden Arbeit.

Die Indikatorenbasis der Kapitel „Raumstrukturelle und soziodemographische Einflussindikatoren in Thüringen [EI]“ und „Pflegerlandschaft Thüringen [PLI]“ werden in zwei zentralen Basistabellen erfasst ([EI-Basis] und [PLI-Basis]). Diese Tabellen bilden gewissermaßen das Rückgrat der Überlegungen und Untersuchungen, auch wenn nur die Auswahlindikatoren zur Charakterisierung der Topologie und Typologie der Pflegebedürftigkeit herangezogen werden. Der große Umfang der Tabellen macht es notwendig, in der gedruckten Version der vorliegenden Arbeit nur einen symbolischen Verweis auf die entsprechenden Tabellen der digitalen Version abzubilden.¹⁷¹

Tab. 3-1: Aufbau und Systematik der Indikatorentabellen [EI], [PLI] und [IMP]

Zeilen-Nr.	Ausgangsindikatoren
1	Sachlich/thematische Indikatorengruppe
2	Name Einzelindikator
3-25	Indikatorwert für die Kreise (Messwerte)
26-28	Indikatorwert für Thüringen, kreisfreie Städte und Landkreise insgesamt (rechnerisch)
29	Mittelwert der Kreisindikatorenwerte (n=23)
30	Standardabweichung vom Mittelwert der Kreisindikatorenwerte
31	Variationskoeffizient [%] (Standardabweichung / Mittelwert x 100)
32	Name z-Einzelindikator
33-55	Standardisierter Indikatorwert für die Kreise (z-Wert)
56-58	Hilfskonstrukt: „Standardisierte“ Indikatorwerte für Thüringen, kreisfreie Städte und Landkreise unter der Annahme, dass diese Teil der Kreise sind. Das Ziel ist die Orientierung Thüringens, der kreisfreien Städte und Landkreise zum Mittelwerte und zur Standardabweichung der Kreise (n=23) zu untersuchen. Nur hypothetisch, da diese nicht Bestandteil der Mittelwertbildung sind (keine echten z-Werte). Ermöglichen aber grundsätzliche Auskünfte über den Unterschied Thüringen zum Mittelwert der Kreise.
59	Mittelwert der z-Werte der Kreise (per Definition = 0)
60	Standardabweichung der z-Werte der Kreise (per Definition = 1)
61	Vorzeichenwechsel: Die Ausrichtung des z-Indikators macht u.u. einen Vorzeichenwechsel notwendig. Hintergrund ist, dass durch die Standardisierung die Lage eines Kreises bezüglich des Mittelwertes mit +/- angegeben wird. Diese Lage ist zunächst wertfrei. Die Vergleichbarkeit der Indikatoren kann dadurch erhöht werden, indem diese +/- Lage entsprechend der Indikatorenaussage in eine wertende positiv/negativ Aussage im Verhältnis zum Mittelwert der Kreise ausgedrückt wird. So wird z.B. beim Seniorenanteil bei Kreisen mit einem Seniorenanteil über dem Mittelwert das positive Vorzeichen (über Mittelwert) in ein negatives umgekehrt. So wird folgende Bewertung möglich: Alle negativen z-Werte entsprechen ungünstigeren Kreislagen im Verhältnis zum Mittelwert aller Kreise.
62	Kurze Erläuterung des Indikators bzw. Interpretation des Vorzeichenwechsel
ab 63	Angabe zur Indikatorenauswahl bzw. Eignung für das Gesamtindikatorenmodell

Die Tabellen der Einflussindikatoren [EI-Auswahl] (Anlage Tab. II-19), der Pflegelandschaftsindikatoren [PLI-Auswahl] (Anlage Tab. III-13) sowie das Indikatorenmodell Pflege [IMP] (Anlage Tab. III-16) haben die gleiche Struktur und den gleichen systematischen Aufbau. Grundsätzlich sind alle Indikatorentabellen zweigeteilt: Im oberen Teil stehen die Ausgangsindikatoren, die fast

¹⁷¹ Die Tabellen [EI-Basis] mit 108 Basisindikatoren und [PLI-Basis] mit 168 Basisindikatoren sind in den Anlagen II - 5 und III - 7 des gedruckten Exemplars nur symbolisch aber in der digitalen Version in Originalgröße und Detailgenauigkeit wiedergegeben.

immer Relationen zu einer Grundgesamtheit widerspiegeln (z.B. der Seniorenanteil eines Kreises oder ganz Thüringens). Im unteren Teil werden aus diesen Ausgangsindikatoren die standardisierten z-Indikatoren errechnet. Die z-Werte geben die Lage des Kreises zu den anderen Kreisen wieder. Ein negativer Wert liegt unterhalb, ein positiver Wert oberhalb des Mittelwertes aller Kreise. Die Spalten enthalten den Namen und die Ausprägungen der einzelnen Indikatoren (s. Tabellenerklärung in Tab. 3-1).

Standardisierung

Mit der Standardisierung des Indikatorenmodells werden die Daten durch lineare Transformation zu sogenannten z-Werten normiert. Sie ergeben sich aus dem Quotienten der Abweichung des beobachteten Wertes vom Mittelwert und der Standardabweichung. Erst durch die Standardisierung wird es möglich, statistische Reihen oder empirische Verteilungen untereinander und mit theoretischen Verteilungen zu vergleichen.¹⁷² Ebenfalls können einzelne z-Werte (und so die Indikatoren) gewichtet und – da sie dimensionslos sind – mit anderen z-Indikatoren zusammengefasst oder auch verknüpft werden (z.B. durch Addition).

Indikatorenorientierung bzw. -gleichrichtung

Für das Indikatorenmodell entscheidend ist die Überprüfung der Orientierung der z-Werte (der standardisierten Indikatoren). Nach der Grundorientierung der Indikатораussage wird eine positiv/negativ Bewertung vorgenommen: Hat ein Fall (Kreis) einen überdurchschnittlichen Indikatorwert (über dem Mittelwert aller Kreise) so ist der z-Wert zunächst positiv. Die Aussage eines hohen Indikatorwertes ist aber abhängig von der Indikatordefinition. Ist ein hoher Wert im Sinne des Forschungsfeldes Pflege negativ anzusehen, wird das Vorzeichen umgekehrt. Diese Orientierung wird für alle Indikatoren geprüft, unter Umständen angepasst und begründet. Das Ergebnis sind gleichorientierte bzw. gleichgerichtete z-Indikatoren. Dieser Vorzeichenwechsel hat keine Auswirkung auf die Datenmatrix bzw. deren Verteilung. Die Orientierung der Indikatoren dient lediglich der besseren, d.h. einfacheren Interpretation der Ergebnisse des Indikatorenmodells.

Anmerkungen zur Aggregation

Zu beachten ist, dass Angaben für „Thüringen, kreisfreie Städte und Landkreise“ immer den jeweiligen Wert des Indikators für die entsprechende Aggregationseinheit wiedergeben (sie geben nicht den Mittelwert der Gruppen wieder). Bei den z-transformierten Werten sind die Werte für „Thüringen, kreisfreie Städte und Landkreise“ nicht die Mittelwerte der entsprechenden z-Werte, sondern zeigen die Lage der Aggregationseinheit im Verhältnis zu allen Kreisen Thüringens an. So wird z.B. deutlich, dass der Indikator des Hochbetagtenanteils in der vollstationären Pflege rechnerisch für Thüringen insgesamt mit 45,7% aller Heimbewohner um +0,2 Standardabweichungen über dem arithmetischen Mittelwert (44,9%) aller Kreise liegt. Dieses Beispiel verdeutlicht, dass Rückschlüsse von Landeswerten auf die reale Situation in den Kreisen fehlerbehaftet sind. Es ist notwendig, die allgemeinen Landeswerte mit den tatsächlichen Kreisstrukturen zu vergleichen.¹⁷³

Box&Whisker-Analyse

Sogenannte Box&Whisker-Diagramme¹⁷⁴ (auch BoxPlots) sind eine explorative Methode zur vergleichenden Visualisierung umfangreicher Datenbestände. Diese Diagrammmethode stellt graphisch für jeden Indikator die Streuung dar. Das Diagramm enthält durch die Standardisierung sowohl den Mittelwert (per Definition die 0-Linie) als auch die Informationen über Median und Perzentile der Indikatoren (z.B. zu [EI] Abb. 4-9 oder zu [PLI] Abb. 5-30):

- Die waagerechte Linie innerhalb des Rechtecks bzw. der Box entspricht dem Median des jeweiligen Indikators.
- Die unteren und oberen Begrenzungen der Box repräsentieren die 25. bzw. 75. Perzentile. Entsprechend liegen 50% aller Kreiswerte des Indikators innerhalb des Rechtecks und 50% außerhalb.

¹⁷² Das statistische Verfahren der Standardisierung wird im Zusammenhang der explorativen Datenanalyse verstanden und ist daher nicht prinzipiell mit der zugrundeliegenden Normalverteilung zu bewerten.

¹⁷³ Zur generellen Problematik und Herleitung vgl. Abschnitt 3.2.

¹⁷⁴ Box&Whisker aus dem englischen für „Kiste / Kasten“ und „Schnauzhaare / Schnurrbarthaare“.

- Die außerhalb der Box vertikal angeordneten Spannweitenlinien bzw. Whisker markieren die 5. und 95. Perzentile.
- Rote Kreuze symbolisieren Minimum bzw. Maximum des Datensatzes.

Mit dieser graphischen Box&Whisker-Analyse wird jeder Indikator hinsichtlich seiner Streuung und im Verhältnis zu anderen Indikatoren untersucht. Je ausgeprägter die Streuung ist, desto ausgeprägter ist die Topologie des Indikators. In der Kombination mit den anschließenden Ergebnissen der faktoranalytischen Dimensionsreduktion werden dadurch die Auswahlindikatoren [EI-Auswahl] und [PLI-Auswahl] extrahiert. Als Maßstab der y-Achse in den Diagrammen wurde einheitlich ein Intervall zwischen 4 und -4 (Standardabweichungen) gewählt.

Addition bzw. Mittelwert der z-Indikatoren

Eine Dimensionsreduzierung durch Addition zu einem Gesamtindikator ist weit verbreitet. Durch die additive Verknüpfung kann ein niedriger Wert eines Indikators durch den hohen Wert eines anderen ausgeglichen werden. Dem liegt die Bedingung zugrunde, dass nur substituierbare (gegenseinander austauschbare) und kommensurable (vergleichbare) Indikatoren zusammengefasst werden können. Durch Gewichtung kann diese Substituierbarkeit verändert werden (wertende Entscheidung, die einem Indikator ein besonderes hypothetisch-theoretisches Gewicht zuordnet). In ähnlicher Weise wird eine Dimensionsreduzierung durch den Mittelwert der z-Indikatoren (insgesamt oder in thematischen Gruppen) möglich.

In Anbetracht des unübersichtlichen Indikatorenumfangs, der inhaltlichen Komplexität der Indikatoren und auf Grund nicht durchgängig vorhandener Substituierbarkeit wird diese Methode nur informativ angewandt. Diese Ergebnisse [z-Summe] oder [z-Mittelwert] haben keinen Einfluss auf das Analyse- und Indikatorenmodell. Mit dem Mittelwert der z-Indikatoren werden lediglich die Ergebnisse der explorativen und faktoranalytischen Dimensionsreduktion mit den Basisindikatoren verglichen (vgl. z.B. zu [EI] Abb. 4-8 oder zu [PLI] Abb. 5-29).

3. Stufe faktoranalytische Dimensionsreduktion¹⁷⁵

Die eingangs beschriebene Informationsverdichtung wird anhand mehrerer Faktorenanalysen durchgeführt (faktoranalytische Dimensionsreduktion). Ziel ist es, diejenigen Indikatoren herauszufiltern, die zunächst in ihrem Kontext ([EI] oder [PLI]) aber auch thematisch (Indikatorengruppen) eine besondere bzw. besonders hohe Aussagekraft aufweisen. Als Verfahren wird die Hauptkomponentenanalyse als ein Spezialfall der Faktorenanalyse verwendet, da sie die gesamte Varianz aller Variablen durch die Hauptkomponenten (HK) zu reproduzieren versucht.¹⁷⁶ Es werden Idealgruppen gebildet, die theoretisch jeweils auf die gleichen Ursachen zurückzuführen sind. Für die Indikatorenauswahl werden die extrahierten HK nach der orthogonalen Rotation der Varimax-Methode transformiert. Das erleichtert die Interpretation durch möglichst hochkorrelierende Variablen einer repräsentierenden Hauptkomponente (s. Abschnitte 4.5.2 und 5.5.2).¹⁷⁷

Da dieses Verfahren einzig zum Ziel hat, die große Informationsdichte der Basisindikatoren zu reduzieren und potentielle Redundanzen herauszufiltern, sind die Anforderungen an die Faktoren- bzw. Hauptkomponentenanalyse sehr gering. Sie dient an dieser Stelle lediglich als exploratives Hilfsmittel. Die Interpretationen z.B. der Faktoren (oder HK) haben nur informatorischen Charakter und werden daher nicht ausführlich erläutert. Diese Form der Indikatorenauswahl gewährleistet grundsätzlich einfache Rückschlüsse von den Auswahlindikatoren auf die Basisindikatoren. Auch wird dadurch die Datenstruktur nicht wesentlich verändert, da nur eine Indikatorenauswahl stattfindet und keine Reduzierung auf die Faktoren bzw. Hauptkomponenten vollzogen wird.¹⁷⁸

Das Ergebnis dieser explorativen faktoranalytischen Dimensionsreduktion wird durch einen Vergleich der Mittelwerte der z-Basisindikatoren und z-Auswahlindikatoren charakterisiert (z.B. Abb. 4-8). Damit wird eine mögliche Lageverschiebung z.B. einzelner Kreise durch die notwendige Dimensionsreduktion ersichtlich (unter Beachtung der zuvor genannten Einschränkungen).

¹⁷⁵ Zum Modell und zur Methodik der Faktoren- und Hauptkomponentenanalyse s. Anlage I - 2.3.

¹⁷⁶ Die Faktorenanalyse erfasst hingegen nur einen Teil der gesamten Varianz.

¹⁷⁷ D.h. die Hauptkomponentenladungen für die Variablen sollten entweder möglichst maximale Beträge nahe 1 bzw. -1 oder minimale Beträge nahe 0 aufweisen.

¹⁷⁸ Die Ergebnisse der Faktorenanalyse werden jedoch im explorativen Sinne in den Kapiteln näher untersucht. Diese haben für das gesamte Indikatorenmodell keine Bedeutung und sind, wie die anderen Methodenschritte 4 bis 6, Teilergebnisse der Arbeit.

Die extrahierten Auswahlindikatoren [EI und PLI] bilden zusammen den Indikatorenkatalog [IMP]. Im Sinne der explorativen Analyse werden jedoch grundsätzlich Typologien und Topologien innerhalb der Einfluss- und Pflegeindikatoren untersucht. Die Systematik erfolgt analog der Betrachtung des gesamten Indikatorenkataloges und vollzieht damit auch die Methodenschritte 4 bis 6. Diese weiterführenden Detailanalysen werden in den entsprechenden Kapiteln inhaltlich nur kurz erwähnt. Sie dienen lediglich dem besseren Verständnis der Datenstruktur (siehe nachfolgende Erläuterungen).

4. Stufe Typologie (Interdependenz- und Faktoranalyse)

Die Korrelationsanalyse¹⁷⁹ beschreibt die Stärke eines Zusammenhangs zweier oder mehrerer Indikatoren. Die Exploration der Interdependenzen von Einfluss- und Pflegeindikatoren beschreibt das eingangs postulierte Pflegeinterdependenzmodell (s. Abb. 3-2). Mögliche Regressionsgleichungen sind hier jedoch von geringerem Interesse. Ziel ist vielmehr, die grundsätzlichen Typologien aufzudecken. Dazu werden ausgewählte Indikatorenkombinationen nicht nur typologisch, sondern auch topologisch gemäß der grundsätzlichen Kreisharakteristik (Landkreis/kreisfreie Stadt) dargestellt. Hieraus ergeben sich zum Teil konträre Zusammenhänge (s. Abschnitt 6.1.1).

Zusammenfassende Typologien werden durch eine Faktorenanalyse beschrieben, bei der die Interpretation der Faktoren im Vordergrund steht und nicht – wie bisher – die Dimensionsreduktion. Die daraus extrahierten Faktoren beschreiben das Pflegeinterdependenzmodell mit komplexen Faktoren (s. Abschnitt 6.1.2).¹⁸⁰ Für die weiteren Analysen stehen damit sowohl die Auswahlindikatoren [IMP] als auch die extrahierten Faktoren [IMP-Faktor] zur Verfügung.

5. Stufe Topologie (Clusteranalyse)

Ein zentrales Element der explorativen Analyse der vorliegenden Arbeit sind vielschichtige Clusteranalysen innerhalb der Indikatorengruppen und für das gesamte Indikatorenmodell.

Die Clusteranalyse geht der zentralen Frage nach, ob sich die Merkmalsträger (Kreise) eines Datenbestandes in systematischer Weise gruppieren lassen. Diese Frage entspricht der Annahme, dass es typisch voneinander unterscheidbare Merkmalsträger gibt (Raummuster oder Topologien). Mit der Clusteranalyse wird diese vermutete klassifizierende Struktur aufgedeckt, oder es wird festgestellt, dass eine entsprechende Klassifikation nicht möglich ist. Mit den gefundenen Klassifikationen wird eine Interpretation der Gruppenbildung und Klassen möglich.

Die Clusteranalyse ist als Methode zur Gruppenbildung oder Klassifizierung von Objekten zu interpretieren. Wie bei den faktorenanalytischen Verfahren auch, werden bei Clusteranalysen die Interdependenzen von mehr als zwei Variablen zugleich betrachtet. Während aber das Dimensionsreduktionsziel der Faktorenanalyse sich auf die erhobenen Variablen bezieht (korrelierende Variablen werden auf gemeinsam wirkende Faktoren zurückgeführt), verfolgen clusteranalytische Verfahren das Ziel, die Träger der Daten (Fälle: z.B. den statistischen Merkmalsträger Kreis), durch eine angemessene Zusammenfassung zu reduzieren. Diese Gruppenbildung, (die jeweils aus mehreren Merkmalsträgern oder Fällen besteht) sagt aus, dass die Ähnlichkeit untereinander höher als die Ähnlichkeiten zu den anderen ist.

Der Grundgedanke ist eine gedachte Wolke aus n Punkten, in einem v -dimensionalen Achsenkreuz des empirischen Datenbestandes¹⁸¹. Angenommen wird, dass sich Untermengen dieser Punkte in bestimmten Bereichen des v -dimensionalen Achsenkreuzes zusammenballen. Gibt es mehrere derartige Ballungen („Klumpen“ oder „Cluster“), so stellt sich die Frage, welche Größen für die relative Homogenität innerhalb dieser Cluster maßgeblich sind (bzw. umgekehrt für die Heterogenität zwischen den Clustern maßgeblich sind). Die Cluster ergeben sich durch ein geeignetes Klassifikationsschema¹⁸² nach unterschiedlichen Clusterverfahren¹⁸³, so dass über die Clusterzugehörigkeit der Fälle eine inhaltliche Interpretation möglich wird.¹⁸⁴

¹⁷⁹ Zum Modell und zur Methodik der Korrelations- und Regressionsanalyse s. Anlage I - 2.2.

¹⁸⁰ Zum Modell und zu den Anwendungsgrenzen der Faktorenanalyse s. Anlage I - 2.3.

¹⁸¹ Bei n Merkmalsträgern und v Untersuchungsvariablen.

¹⁸² Z.B. die Euklid'schen Abstände zwischen den einzelnen Punkten.

¹⁸³ In Abschnitt 6.2.3 werden exemplarisch die Ergebnisse unterschiedlicher Algorithmen (Clusterverfahren) dargestellt und verglichen. Aus diesen Erkenntnissen wird für die Analyse generell das Ward-Verfahren bei den hierarchischen Clusterverfahren als das am geeignetsten ausgewählt, da hier sogenannte Verkettung nicht auftreten.

¹⁸⁴ Zum Modell und zu den unterschiedlichen Clusterverfahren s. Anlage I - 2.3.

6. Bewertungsalgorithmus durch Notenspiegel

Die clusteranalytischen Ergebnisse sind zunächst nur Gruppierungen ohne inhaltliche Klassifizierung. Die größte Herausforderung besteht in der Beschreibung dieser Gruppen. Die gebräuchliche Verbalisierung einzelner Indikatorenprägungen zur Gruppenbeschreibung hat bei komplexen Indikatorenmodellen aber eindeutige Grenzen. Die hohe Indikatorenanzahl kann knapp und plakativ kaum noch zusammengefasst werden. Zudem erlaubt eine abstrahierende Verbalisierung über die Indikatorenbeschreibung keine vergleichenden Clusteranalysen. Die Typologieunterschiede alternativer Clustermethoden aber auch unterschiedlicher Dateninputs (z.B. nur die Pflegeindikatoren oder nur die Einflussindikatoren) können nur verglichen werden, wenn die Klassifizierung einheitlich erfolgte. Da das explorative Vorgehen der vorliegenden Arbeit bewusst nicht die eine zentrale Clusteranalyse als das Ergebnis der Arbeit formuliert oder definiert, muss diese vergleichende Beschreibung und Interpretation der Clusterergebnisse grundsätzlich möglich sein. Dementsprechend wurde ein einheitlicher Bewertungsalgorithmus zur Klassifizierung entwickelt.

Die Grundlage bilden die Clusterzentren der Indikatoren (die jeweiligen Indikatorenmittelwerte der clusterzugehörigen Kreise oder das aus einem Optimierungsalgorithmus gebildete Clusterzentrum der partitionierenden Clustermethoden). Da die Clusterzentren immer standardisierte Indikatoren als Grundlage haben, sind sie miteinander vergleichbar. Außerdem ist mit der eingangs einheitlich definierten Orientierung der standardisierten Indikatoren eine bewertende Charakterisierung der Clusterzentren gegeben (positiv-negativ Ausprägungen der Kreise). Die Clusterzentren enthalten daher die grundlegende Aussage „über- und unterdurchschnittlich“ gemäß dem Dateninput als Verhältnis zu allen Kreisen Thüringens (+/-). Die Bewertung und Interpretation der Clusterergebnisse (der Topologie) erfolgt anhand dieser grundsätzlichen positiv/negativ Orientierung der Werte.

Auf diese Weise kann jedes Clusterzentrum benotet werden. Bei fünf Clustern und folglich fünf Clusterzentren ergeben sich die Noten 1 bis 5.¹⁸⁵ Wobei die beste Note 1 dem Cluster vergeben wird, das den positivsten Wert aufweist (d.h. am höchsten über dem Landesdurchschnitt liegt). Diese Benotung wird für alle Indikatoren und Clustermethoden durchgeführt. Bei einer höheren Clusteranzahl, wird die Benotung entsprechend angepasst (z.B. Noten 1-10¹⁸⁶).

Aus diesem Notenspiegel der Indikatoren wird eine Durchschnittsnote (Mittelwert) errechnet. Die Durchschnittsnote bestimmt die grundsätzliche Bewertung eines Clusters im Verhältnis zum Landesdurchschnitt (also im Verhältnis zu den übrigen Kreisen im Ursprung des Dateninputs).

Die Indikatorendetails erhalten bei dieser Methode kein besonderes Gewicht. Das ist beabsichtigt, da hierdurch eine wertfreie ungewichtete Interpretation der Ergebnisse ermöglicht wird. Die eingangs grundsätzlich festgelegte positiv/negativ Orientierung wird nicht als Gewichtung verstanden. Die Ergebnisse aller Clusteranalysen sind folglich direkt miteinander vergleichbar.

Die Lesart und Interpretation für einen Kreis mit der Kombination aus Note 1 bei den Einflussindikatoren und Note 5 bei den Pflegeindikatoren wäre demnach folgendermaßen zu beschreiben:

Der Kreis hat im Verhältnis zu allen anderen Kreisen Thüringens eine günstige/positive Ausgangssituation (soziodemographisch und raumstrukturell), aber (dennoch) eine ungünstige bzw. negativ zu bewertende Pflegestruktur (unterdurchschnittliche Ausprägung der Pflegelandschaftsindikatoren).

Der Umfang des Notenspiegels und die erzielte Vergleichbarkeit erlauben jedoch keine Interpretation nach Indikatorschlagwörtern wie: „Überalterte Region mit Pflegenotstand“. Eine solche Reduzierung auf z.B. nur zwei Aussagen widerspricht die Intention der Arbeit nicht. Das eingangs formulierte Ziel der Arbeit ist eine grundsätzliche explorative Aussage zur Typologie und Topologie der Pflege.

¹⁸⁵ Zur Ratingskala und zum Notenspiegel s. Anlage I - 2.1.

¹⁸⁶ In der Arbeit wird auch eine Variante mit 10 Clustern gerechnet.

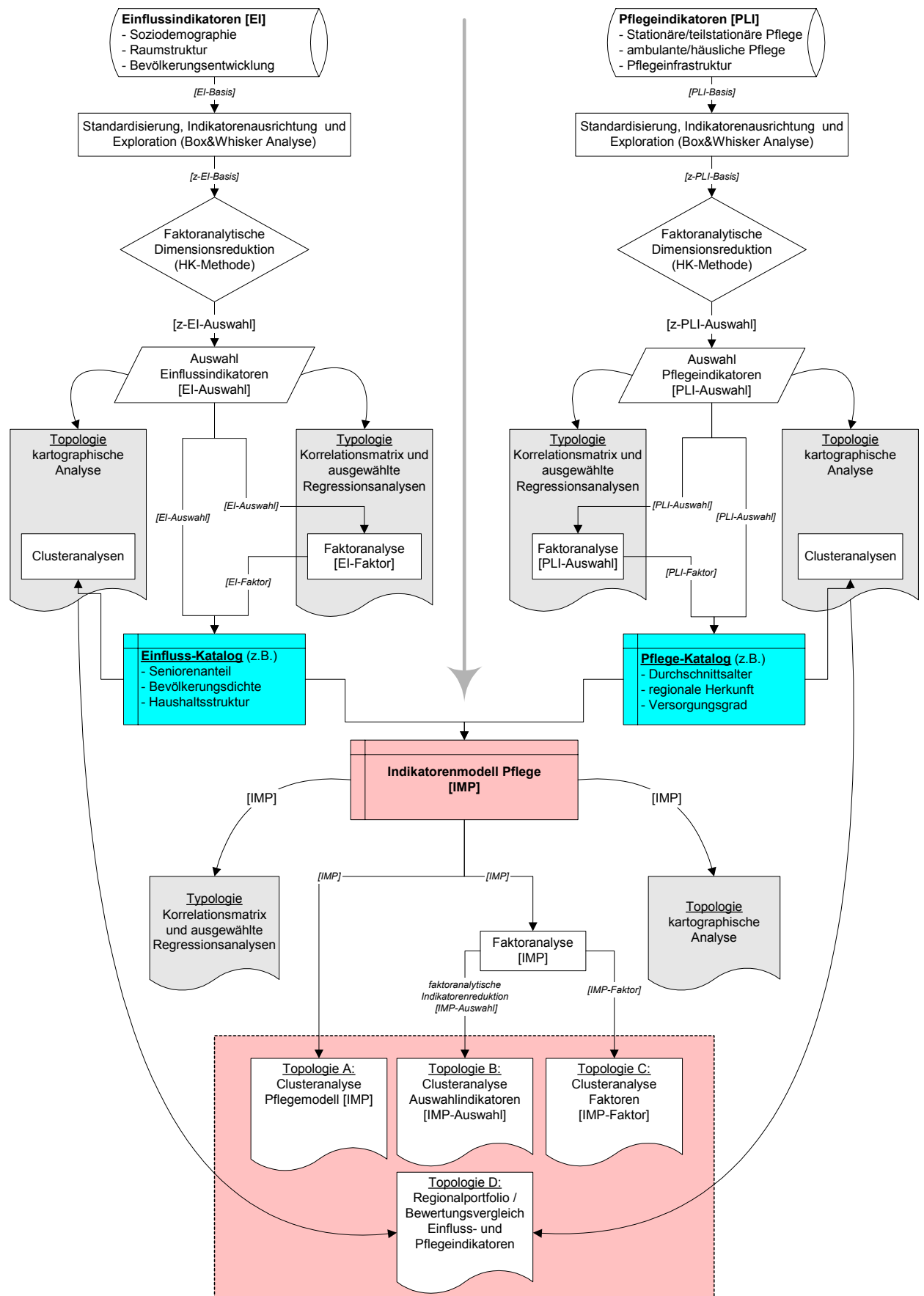
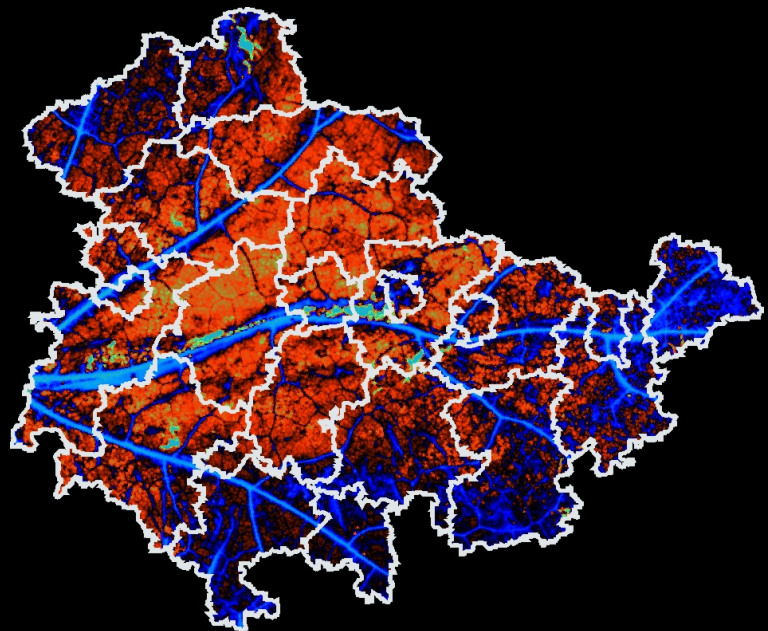


Abb. 3-3: Methodisch-Statistisches Sechsstufenmodell zur Entwicklung eines Indikatorenkataloges Pflege

4 Raumstrukturelle und Soziodemographische Einflussindikatoren

Raum- und Siedlungsstruktur
Demographische Strukturindikatoren
Soziodemographische Indikatoren
Bevölkerungsentwicklung
Teilergebnis I: Einflussindikatoren
Einflusssituation / Einflussindikatoren



„Auch wenn die gebärfaulen Deutschen ein Babywunder
herbeizaubern könnten,
werden Arbeiter und Rentenbeschaffer aus dem Ausland
gebraucht. Alle werden weniger, nur die Alten nicht!“

(Prof. Rainer Münz, DIE ZEIT vom 03.05.2001)

4 RAUMSTRUKTURELLE UND SOZIODEMOGRAPHISCHE EINFLUSSINDIKATOREN IN THÜRINGEN [EI]

Ziel des regionalisierten Pflegeinterdependenzmodells ist es, im Vorfeld pflegespezifischer Analysen möglichst alle Indikatoren zu erfassen, die einen potentiellen Einfluss auf die Art, Struktur und Häufigkeit der Pflegebedürftigkeit ausüben (pflegedeterminierend sind). Die Indikatoren werden als potentielle Einflussindikatoren [EI] definiert und nachfolgend erläutert. Dieser erste Teil zur empirischen Regionalforschung versteht sich zunächst als pflegedeterminierter Beitrag zur Landeskunde und geht explizit nicht auf alle (Forschungs-)Aspekte dieser Einflussindikatoren ein.

4.1 Raum- und Siedlungsstruktur

Indikatoren zur Raum- und Siedlungsstruktur ermöglichen Aussagen zur Struktur, Art und siedlungsstrukturellen Verdichtung der Regionen. Positive pflegerelevante Aspekte einer „Verdichtung“ sind z.B. gute Infrastrukturausstattung, deren Auslastung sowie gute Erreichbarkeit (z.B. kurze Wege bei der ambulanten Pflege). Die Raum- und Siedlungsstruktur wird wesentlich durch die Merkmale Verdichtung, Zentralität und räumliche Lage bestimmt. Konkret sind das Indikatoren zur Größe und Verteilung der Bevölkerung (Bevölkerungsdichte), zu Ausmaß und Art der Flächennutzung und zur Verteilung zentralörtlicher Funktionen auf einzelne Siedlungen.

Insgesamt weisen die Siedlungsstrukturen der alten und neuen Bundesländer beachtliche Unterschiede in der Verdichtung und Verstädterung auf. Kennzeichnend für die neuen Bundesländer ist die geringere Bevölkerungs-/Besiedlungsdichte im Vergleich zu den alten Bundesländern¹⁸⁷ und ein starkes Gefälle zwischen den Agglomerationen des Südens und den ländlichen Räumen des Nordens (vgl. BBR 2000: 51). Zudem fanden in der DDR so gut wie keine Suburbanisierungsprozesse statt. Im Vergleich zu den alten Bundesländern bildete sich um die größeren Städte kein hochverdichtetes Umland mit spezifischen Bevölkerungs- und Familienstrukturen sowie besonderer Bausubstanz und Flächennutzung aus. Nur die Städte waren „herausragende Orte der baulichen Verdichtung“, und eine Siedlungstätigkeit im angrenzenden Umland fand kaum statt (s. Abschnitt 2.3.6). Eine Bevölkerungskonzentration auf die Kernstädte innerhalb der Agglomerationen war daher besonders ausgeprägt.

Seit der Wiedervereinigung unterliegt die Raum- und Siedlungsstruktur in den neuen Bundesländern einem massiven Wandel. Neben dem generellen Rückgang der Bevölkerungsdichte (als ein Ergebnis der Ost-West-Wanderung), dominiert die Verstärkung des siedlungsstrukturellen Gefälles durch unterproportionale Bevölkerungsabnahmen der Agglomerationen/Kernstädte und überproportionale Bevölkerungszunahme der verstädterten/ländlichen Räume. Dieser nachholende Suburbanisierungsprozess in den neuen Bundesländern setzte ab etwa 1994 ein und führte zu abnehmender oder stagnierender Bevölkerung in den (Kern-)Städten und zu teils starken Bevölkerungsgewinnen im Umland der Städte. Diese Entwicklung führt zu einer Zunahme des Bevölkerungsanteils bestimmter ländlicher Kreise bzw. zu einer verstärkten Ausprägung der Kategorie „verdichteter Kreise“ (vgl. Anlage Tab. II-7 und Karte II-11 sowie laufende Raumbeobachtungen des BBR¹⁸⁸).

Regionale Verdichtungsmaße mit den beiden Aspekten des allgemeinen Rückgangs der Bevölkerungsdichte und Bevölkerungseinkonzentration sind für die Pflege zentrale Einflussindikatoren.

4.1.1 Bevölkerungsdichte und siedlungsstrukturelle Verdichtung

Nach BOUSTEDT (1975) kann grundsätzlich jeder soziale und gesellschaftliche Tatbestand in Beziehung zu einer Fläche gesetzt werden, um auf diese Weise Dichtewerte zu berechnen. Die Aussagekraft der ermittelten Dichtewerte ist jedoch höchst unterschiedlich. Die Problematik liegt in der Bezugsbasis Fläche, deren Ausdehnung, Abgrenzung und Qualität. Allgemein gilt, dass die Aussagekraft umso größer wird, je kleiner – und damit entsprechend homogener – die untersuchte Raumeinheit ist oder je stärker die untersuchten Räume in ihren strukturellen Verhältnissen übereinstimmen. Daher ist die Bevölkerungsdichte mit der Bezugseinheit Katasterfläche ein recht allgemeiner Indikator. Die Verwendung ist angesichts der guten Datenverfügbarkeit und der einfachen Berech-

¹⁸⁷ Bevölkerungsdichte: alte Bundesländer durchschnittlich 260 Einwohner pro km², neue Bundesländer 161 Einwohner pro km².

¹⁸⁸ Laufende Raumbeobachtungen des BBR: BBR-Bevölkerungsprognosen 1996-2015 / ROP in www.bbr.de (Stand: Februar 2002).

nungsmethode weit verbreitet, so z.B. zur Abgrenzung von dünnbesiedelten Räumen und Räumen mit Verdichtungsansätzen (vgl. BFLR 1995, MAIER 1996).

Thüringen liegt mit einer Bevölkerungsdichte von rd. 154 EW/km² deutlich unter dem Bundesdurchschnitt¹⁸⁹. Erwartungsgemäß werden in Karte 4-1 zur Bevölkerungsdichte auch innerhalb Thüringens erhebliche Unterschiede in der Bevölkerungsverteilung sichtbar. Die „Thüringer Städtereihe“ (Eisenach, Gotha, Erfurt, Weimar, Jena und Gera) zeichnet sich ab. Insgesamt weisen knapp 2% der Gemeinden eine Bevölkerungsdichte von über 500 EW/km² auf, während knapp 70% aller Gemeinden als dünnbesiedelt bezeichnet werden können (weniger als 100 EW/km²). Seit der Wende nahm die Bevölkerungsdichte im Mittelwert der Thüringer Gemeinden um rd. 5% auf durchschnittlich 105 EW/km² ab. Dieser Rückgang betraf überwiegend die Städte, wohingegen in den Umlandgemeinden der Städte deutliche Zunahmen stattfanden: Der Bevölkerungsmedian der Thüringer Gemeinden nahm gering um rd. 1,6% zu. (s. Anlage Karte II-1 und Tab. II-1).

Eine Gemeindetypisierung auf Basis der Bevölkerungsdichte, wie sie z.B. KÜHN (1950) mit Schwellenwerten der Bevölkerungsdichte vornimmt, verliert durch die kommunale Gebietsreform deutlich an Trennschärfe. Insbesondere die städtischen Siedlungsmuster verwischen.¹⁹⁰ So erfüllt theoretisch nur noch die Stadt Hermsdorf den Gemeindetyp „städtische Siedlung“ mit über 1.000 EW/km² (s. Anlage Tab. II-2). Eine Gemeindetypisierung nur auf Grundlage der Bevölkerungsdichte ist auch mit angepassten Intervallen unzureichend (vgl. Karte 4-1). Die Bevölkerungsdichte definiert eher einen interregionalen Verdichtungsvergleich der generellen Stadt-Land-Dimension.

Die Schwäche des Indikators Bevölkerungsdichte ist die zu umfassende Bezugseinheit Katasterfläche. Mit sogenannten „veredelten“ Dichtezahlen kann die Aussagekraft der Dichtewerte durch alternative Berechnungsmethoden verbessert werden (bzw. veredelt und bereinigt werden: vgl. BOUSTEDT 1975). Ein solche „Veredelung“ ist u.a. die Bezugsfläche der tatsächlichen Siedlung. Voraussetzung ist eine genaue Flächenbestandsaufnahme.¹⁹¹

Der Anteil der Siedlungs- und Verkehrsfläche an der Katasterfläche ist z.B. ein Maß für die siedlungsstrukturelle Verdichtung¹⁹². Für ganz Thüringen ergab sich 1993 ein Siedlungs- und Verkehrsflächenanteil von 7,8%. Der arithmetische Mittelwert aller Gemeinden lag bei nur 7%, d.h. viele Gemeinden in Thüringen haben deutlich geringere Siedlungs- und Verkehrsflächenanteile. Ausreißer sind aber auch Gemeinden mit teilweise weiträumigen Abbauflächen (in den Betriebsflächen enthalten). Ein unmittelbarer Zusammenhang der Flächeninanspruchnahme zur „Dichte“ sozialer Infrastruktureinrichtungen ist nicht zu erwarten und empirisch nicht zu erkennen.¹⁹³ Aktuelle Angaben aus dem Jahr 2001 werden der Untersuchung daher nur auf Kreisebene zugrundegelegt. Danach liegt der Siedlungs- und Verkehrsflächenanteil 2001 in Thüringen bereits bei 8,8%.

Die Kenntnis der Siedlungs- und Verkehrsfläche ermöglicht den „Veredlungsgedanken“ von Dichtezahlen nach BOUSTEDT. Das Verhältnis der Einwohnerzahl zur Siedlungs- und/oder Verkehrsfläche gestattet Aussagen zur Nutzungsintensivität und/oder Siedlungsdichte. Entsprechend der überwiegenden Flächennutzung durch die Wohnbevölkerung wird die Siedlungsfläche als Summe der Gebäude-, Freiflächen und Erholungsflächen definiert oder auch die Verkehrsfläche hinzugerechnet.¹⁹⁴ Im Jahr 1993 hatten 4,8% der Gemeinden eine hohe Siedlungsdichte von über 5.000 EW/km², rd. 18,9% aller Gemeinden lagen unter einer Siedlungsdichte von 2.000 EW/km².

Die Karte 4-2 zur Siedlungsdichte ist daher im Vergleich zur Bevölkerungsdichte (Karte 4-1) präziser. Durch die Definition der Bezugsfläche der tatsächlichen Siedlung treten z.B. die Gemeinden im Thüringer Wald deutlich stärker hervor. Die Karte 4-2 zeigt aber auch mit dem Vergleich der Gemeindestruktur 1993 und Kreisstruktur 2000, dass durch die kommunale Gebietsreform die De-

¹⁸⁹ Nur die Länder Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt weisen eine geringere Bevölkerungsdichte auf.

¹⁹⁰ Schwellenwerte sind intervallskalierte Einteilungen der Bevölkerungsdichte in empirisch oder aus Erfahrungswerten abgeleitete charakteristische Gruppen ähnlicher Struktur oder Ausprägung (s. hierzu Vergleich der Jahre 1993 und 2000 in Anlage Karte II-2).

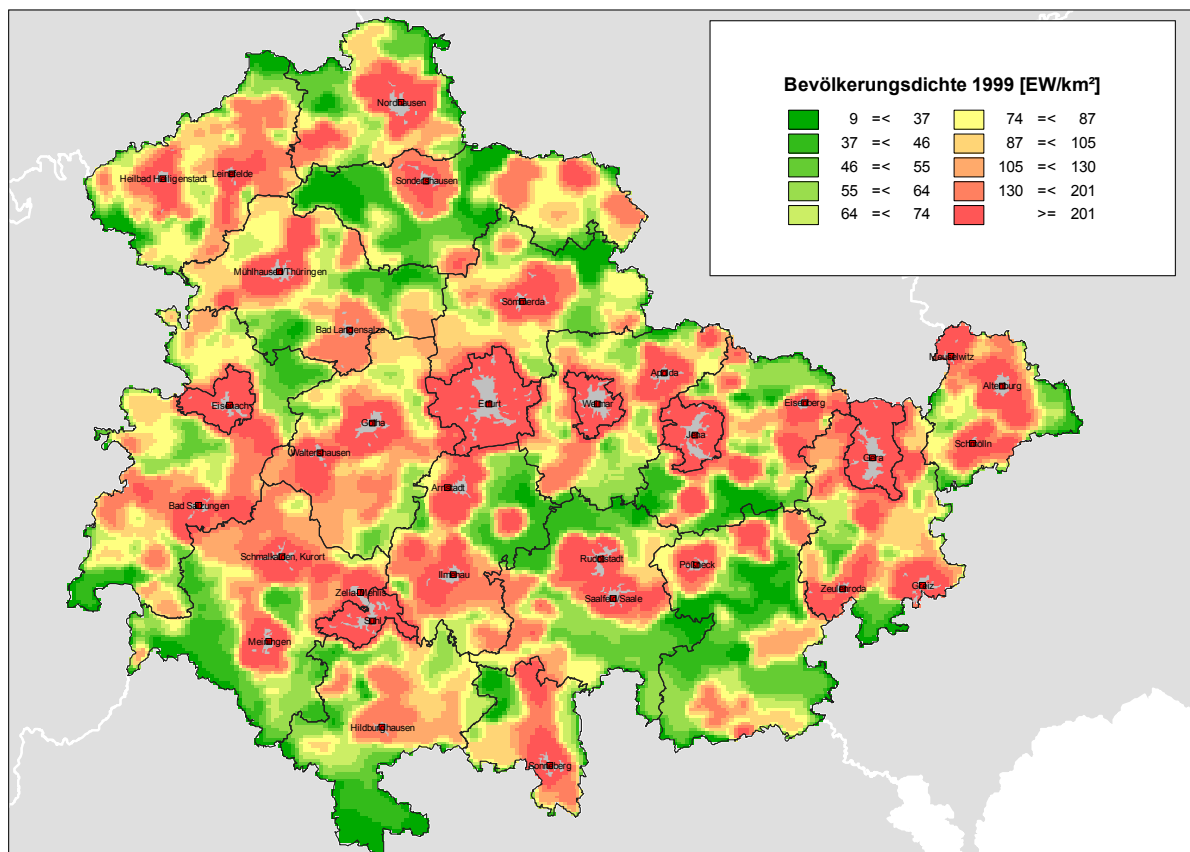
¹⁹¹ Das Thüringer Landesamt für Statistik führt alle vier Jahre eine Flächenerhebung durch. Erhoben werden die Bodenflächen nach der Art der tatsächlichen Nutzung (Auswertung des im Landesvermessungsamts geführten Liegenschaftskatasters) sowie der geplanten Nutzung (im Ergebnis der Flächennutzungspläne).

¹⁹² Die Siedlungs- und Verkehrsfläche ergibt sich aus den Gebäude- und Freiflächen, den Betriebsflächen und der Verkehrsfläche.

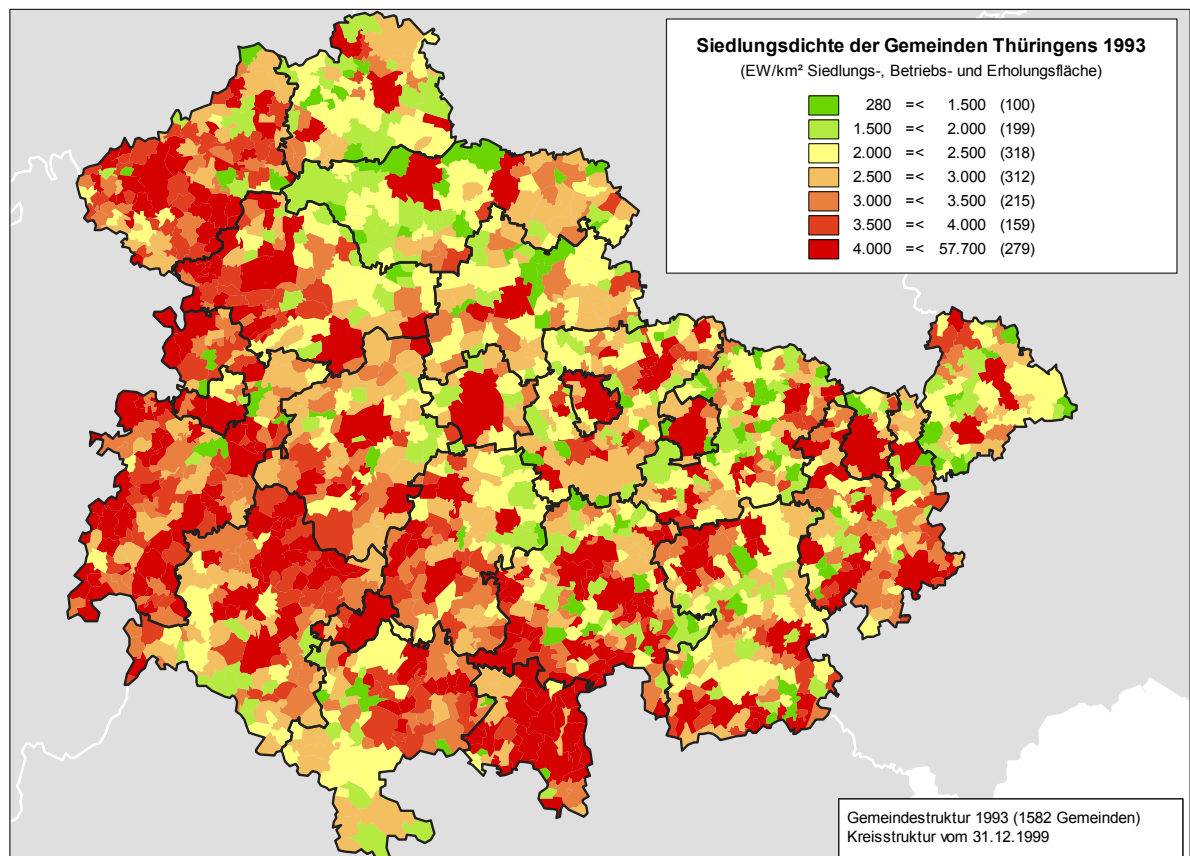
¹⁹³ Anders z.B. in der IFR-Studie zur Gebietskategorisierung und -typisierung in Thüringen (SCHMIGALLA 1997). Hier ist der Siedlungs- und Verkehrsflächenanteil ein zentraler Indikator für das Maß der Flächeninanspruchnahme und siedlungsstrukturellen Verdichtung.

¹⁹⁴ Zu berücksichtigen ist, dass bei kleinen ländlichen Gemeinden oftmals keine Erholungsflächen ausgewiesen werden.

tailgenauigkeit generell zurückgegangen ist (zum generellen Informationsverlust bzw. dem Vergleich der Gebietsstände s. Anlage Karte II-2).



Karte 4-1: Bevölkerungsdichte in Thüringen 1999 (Basis EW/km² in den Gemeinden)



Karte 4-2: Siedlungsdichte der Gemeinden Thüringens 1993

Strukturell stehen die Kennziffern Siedlungs- und Bevölkerungsdichte erwartungsgemäß in einem engen linearen Zusammenhang (Korrelationskoeffizient $r=0,95$). Auf Kreisebene nimmt denn auch mit steigender Bevölkerungsdichte die Siedlungsdichte zu. Dieser lineare Zusammenhang wird nur von den Kreisen unterbrochen, die durch die kommunale Gebietsreform einen besonders hohen Flächenzuwachs erfahren haben (z.B. Erfurt und Weimar). Den höchsten Dichtewert hat die Stadt Jena und den geringsten der Landkreis Hildburghausen.¹⁹⁵

Für das Indikatorenmodell der vorliegenden Arbeit ist insofern kein nennenswert höherer Informationsgewinn durch „veredelte“ Dichtemaße zu erwarten. So werden auch weitere Kennziffern zur Flächeninanspruchnahme bzw. Dichtewerte nicht näher betrachtet.¹⁹⁶ Der methodischen Stringenz folgend, werden diese dennoch in die Indikatorenbasis aufgenommen, obwohl der Indikator Bevölkerungsdichte zur Beschreibung der siedlungsstrukturellen Verdichtung ausreichend erscheint und einen noch zu zeigenden Einfluss auf die Verteilung der Pflegebedürftigkeit erwarten lässt.

4.1.2 Gebietskategorien und Raumtypen

Thüringen kann fach- oder themenbezogen nach unterschiedlichen Prinzipien in Regionen gegliedert werden. Neben der rechtlich verbindlichen administrativen Gliederung (Gemeinden, Kreise und Planungsregionen) unterscheidet die amtliche Statistik z.B. in Agrar- und Reisegebiete. Diese thematischen Regionsgliederungen haben zum Teil unterschiedliche demographische Strukturen. So ist z.B. der Seniorenanteil im Agrargebiet Ostthüringer Lößgebiet und im Reisegebiet Ostthüringen am höchsten (s. Anlage Tab. II-4).

Neben diesen thematischen oder naturräumlichen Regionen sind zahlreiche fachliche Regionsabgrenzungen vorgenommen worden. So z.B. Gebietstypen und Regionsabgrenzungen der Raumordnung auf Bundesebene, die jedoch aufgrund ihrer bundesweiten Perspektive ein zu grobes Raster für eine detaillierte Landesanalyse aufweisen.¹⁹⁷ Im Landesentwicklungsprogramm Thüringen (LEP 1993) wurden ferner differenziertere Gebietskategorien festgelegt, die in den Regionalen Raumordnungsplänen (RROP MITTE, NORD, OST und SÜD) Räumen zugeordnet und konkretisiert wurden.¹⁹⁸ Darüber hinausgehend werden in den RROP Räume mit Verdichtungstendenzen dargestellt. Die Abgrenzung der ländlichen Räume in den RROP erfolgt jedoch nur über ein Ausschlussverfahren. Alle Räume, die nicht zum Verdichtungsraum gehören, sind ländliche Räume.

Landes- oder regionalplanerisch festgelegte Raumtypen haben immer eine normative, handlungs- und zielorientierte Komponente. Im Sinne der Regionalforschung sind dagegen empirisch abgeleitete Raumtypisierungen von größerer Bedeutung.

Für Thüringen liegen drei verhältnismäßig aktuelle Forschungsarbeiten zur Gebietskategorisierung vor. BORCHARD (1995) erarbeitete in einer Studie des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten Vorschläge zur inhaltlichen und konzeptionellen Neugestaltung der agrarstrukturellen Vorplanung zur Entwicklung ländlicher Räume. Darin wird eine Differenzierung in 5 Typen ländlicher Räume vorgenommen. Ebenfalls mit dem Schwerpunkt ländlicher Räume entwickelt MAIER (1996) vier Raumtypen für Thüringen, die in einen Typ Verdichtungsraum und drei Typen ländliche Räume unterscheiden.

Die gegenwärtig differenzierteste und detailschärfste Arbeit zur Gebietskategorisierung aus fachlicher Sicht der Raumordnung und -planung wurde im Auftrag des Thüringer Ministeriums für Wirtschaft und Infrastruktur vom Institut für Regionalentwicklung e.V. erstellt (SCHMIGALLA 1997).¹⁹⁹ Dieser Forschungsarbeit zur Gebietskategorisierung und -typisierung in Thüringen liegt ein vielschichtiges gemeindescharfes Indikatorensystem zugrunde. Dadurch wird im Einzelnen eine umfangreiche und ausdifferenzierte Charakterisierung der Gemeinden in Thüringen möglich. Anhand von statistischen Verfahren werden 16 Gebietskategorien gebildet und Lösungsvorschläge bzw. Lösungswege dargestellt.

¹⁹⁵ Vgl. auch Interdependenzen der Bevölkerungs- und Siedlungsdichte nach IFR-Gebietstypen der Gemeinden in Anlage Abb. II-1.

¹⁹⁶ Vergleichbar mit der Kennziffer Siedlungsdichte beschreibt der „Flächenverbrauch pro 1000 EW“ den „Verbrauch“ an Hektar (ha) Siedlungs- und Verkehrsfläche von je 1.000 EW. Umgekehrt zum Siedlungs- und Verkehrsflächenanteil betrachtet die Kennziffer „Freiflächenfragmentierung“ den Anteil der Erholungs-, Wald-, Wasser-, und landwirtschaftlichen Flächen an der Katasterfläche.

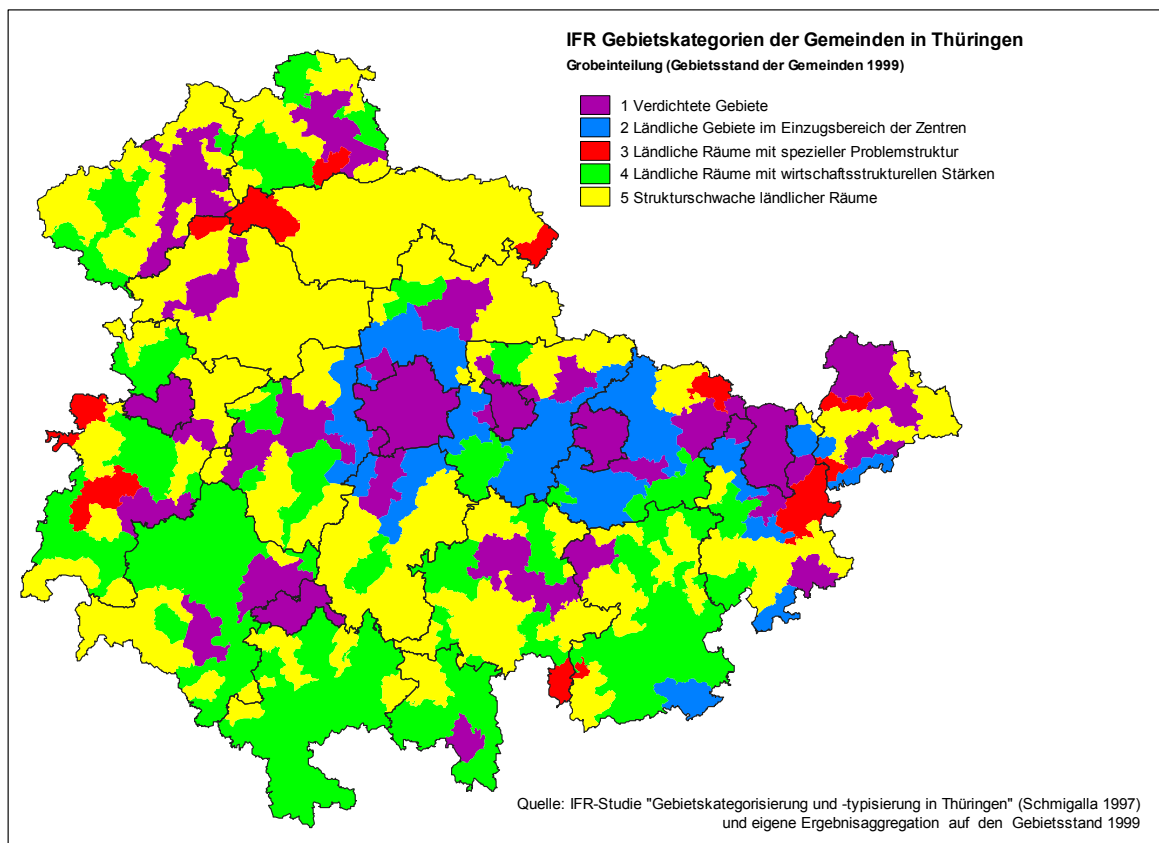
¹⁹⁷ Gebietstypen nach Raumordnungsgesetz, Abgrenzungen von Raumordnungsregionen des BBR, Abgrenzung von siedlungsstrukturellen Regions- und Kreistypen nach BBR, Festlegung der Verdichtungsräume durch die Ministerkonferenz für Raumordnung.

¹⁹⁸ Verdichtungsräume, ländliche Räume und Räume mit besonderer Bedeutung.

¹⁹⁹ Im Folgenden mit IFR-Studie bzw. IFR-Gebietskategorie abgekürzt.

Mit diesen Ergebnissen der IFR-Gebietskategorisierung kann eine Deskription und erste Einschätzung demographischer und pflegerelevanter Strukturen aus raumplanerischer Sicht erfolgen. Die Gebietskategorien sind gemeindegerecht und weisen eine hohe Übereinstimmung mit den allgemeinen Abgrenzungen im LEP und den RROP's auf. Zudem basieren die Ergebnisse auf einen vergleichbaren raumstrukturellen Ansatz und einer ähnlichen mathematisch/statistischen Vorgehensweise, wie es das vorliegende Indikatorenmodell Pflege beschreiben wird. In der vorliegenden Arbeit werden daher die Ergebnisse der IFR-Studie zur raumplanerischen Charakterisierung herangezogen. Die Verknüpfung pflegestatistischer Ergebnisse mit übergeordneten raumordnerischen Erkenntnissen ermöglicht eine weitere topologische Differenzierung der Pflegebedürftigkeit. Aussagen und Zielformulierungen zu den Gebietskategorien nach SCHMIGALLA (1997) sollen auf diese Weise aber nicht primär durch pflegerelevante Erkenntnisse bereichert werden.

Pflegedeterminierte Untersuchungen zu den 16 Gebietskategorien der IFR-Studie zeigen, dass der hohe Detaillierungsgrad mit mehreren Unterkategorien zu jedem Gebietstyp für die Fragestellungen dieser Arbeit zu differenziert ist.²⁰⁰ Mit den fünf Grobkategorien der IFR-Studie sind Aussagen zur Pflegeproblematik prägnanter. Daher wird die Analyse auf die Betrachtung der Gebietskategorien in ihrer Grobeinteilung (wie in der Karte 4-3 dargestellt) orientiert. Die Gebietskategorien wurden hierfür exakt nachgezeichnet und an den Gebietsstand angepasst.²⁰¹



Karte 4-3: IFR Gebietskategorien in Thüringen mit Gebietsstand 1999 - Grobeinteilung

Mehr als die Hälfte aller Thüringer lebt in verdichteten Gebieten und nur 5% der Bevölkerung lebt im Einzugsbereich der Zentren (Tab. 4-1). Die übrigen 42% der Bevölkerung lebt in ländlichen Räumen unterschiedlicher wirtschaftlicher Struktur. Der Seniorenanteil ist mit Ausnahme der „ländlichen Gebiete im Einzugsbereich der Zentren“ (14,3%) in allen anderen Gebietskategorien nahezu gleich. Hingegen ist der Hochbetagtenanteil (85 Jahre und älter) in den verdichteten Gebieten mit 1,9% höher als in den anderen Gebietskategorien. Ländliche Gebiete im Einzugsbereich der Zentren haben erwartungsgemäß durch die Wanderungsgewinne überwiegend jüngerer Bevölkerungsgruppen aus dem Suburbanisierungsprozess den sowohl geringsten Senioren- als auch Hochbetagtenanteil aller Gebietskategorien.

²⁰⁰ Zum hohen Detaillierungsgrad der 16 IFR-Gebietskategorien s. Anlage Karte II-4.

²⁰¹ Die Arbeit wurde statistisch nachvollzogen, die Ergebniskarte 6-18 der Arbeit SCHMIGALLA (1997) gemeindegerecht nachgezeichnet und in die Datenbank der vorliegenden Arbeit übernommen und den veränderten Gebietsständen angepasst.

Eine weitere Differenzierung dieser Ergebnisse ermöglicht die Betrachtung der Mittelwerte der Gemeinden einer Gebietskategorie. Es zeigt sich, dass die „verdichteten Gebiete“ zwar insgesamt einen hohen Seniorenanteil aufweisen, die Gemeinden dieser Kategorie durch einige Ausreißer im Durchschnitt aber deutlich jünger als die der „ländlichen Räume“ sind. Die „ländlichen Räume mit spezieller Problemstruktur“ haben mit dem zweitniedrigsten Seniorenanteil zugleich den zweithöchsten Hochbetagtenanteil. Die Ursache liegt in der überwiegend wirtschaftlich geprägten Problemstruktur, die zu einer starken altersdifferenzierten Migration nach 1990 führte. In der Folge kam es zu einer überproportionalen Veränderung der Altersstruktur innerhalb der Senioren. Diese Begründung ist mit Blick auf den Mittelwert der Gemeinden dieser Gebietskategorie jedoch nicht für alle Gemeinden zutreffend.

Tab. 4-1: Bevölkerungsstruktur und -verteilung am 31.12.1999 nach IFR-Gebietskategorien

IFR Grob-Gebietskategorie	Einwohner		Senioren		Altersstruktur der Bevölkerung		Mittelwert aller Gemeinden einer Gebietskategorie		
	Summe	Anteil an Thüringen	Summe	Anteil an Thüringen	Hochbetagtenanteil „85 Jahre und älter“	Seniorenanteil	Hochbetagtenanteil „85 Jahre und älter“	Seniorenanteil	Biletter-Maß ^{a)}
1 Verdichtete Gebiete	1301730	53%	213780	54%	1,9%	16,4%	1,7	15,7	-2,6
2 Ländliche Gebiete im Einzugsbereich der Zentren	126426	5%	18095	5%	1,3%	14,3%	1,3	14,2	1,1
3 Ländliche Räume mit spezieller Problemstruktur	460110	19%	74475	19%	1,6%	16,2%	1,3	15,9	-2,1
4 Ländliche Räume mit wirtschaftsstrukturellen Stärken	508490	21%	83471	20%	1,5%	16,4%	1,4	16,3	-2,3
5 Strukturschwacher ländlicher Raum	52326	2%	8565	2%	1,4%	16,4%	1,4	16,4	-2,7

a) Definition Biletter-Maß S. 93f; Quelle: eigene Berechnungen nach IFR-Gebietskategorien (SCHMIGALLA 1997)

Die übliche These, dass gegenwärtig die „Überalterung“ ein überwiegend städtisches Problem darstellt, muss angesichts Abb. 4-1 relativiert werden. In dem Diagramm werden die Seniorenanteile der Kreise differenziert nach den Gebietskategorien „ländlicher Raum“ (zusammen) und „verdichtete Gebiete“ (inkl. Gebiete im Einzugsbereich der Zentren) untersucht. Die kreisfreien Städte und die Landkreise, die keine „verdichteten Gebiete“ bzw. „Gebiete im Einzugsbereich der Zentren“ aufweisen, sind ausgeblendet.

Die Linie verdeutlicht die Trennung in die jeweils andere „Extremstruktur“. So liegt im Ilmkreis der Seniorenanteil im ländlichen Raum mit 17,8% deutlich über dem Seniorenanteil in den verdichteten Räumen des Ilmkreises. Hingegen ist im Altenburger Land der Seniorenanteil in den verdichteten Gebieten höher. Der regionale pflegedeterminierende Problemschwerpunkt ist jeweils ein anderer.

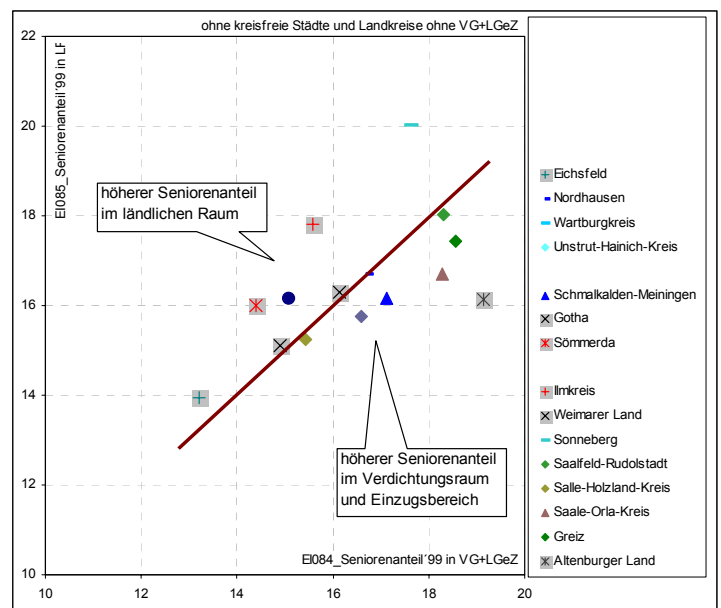
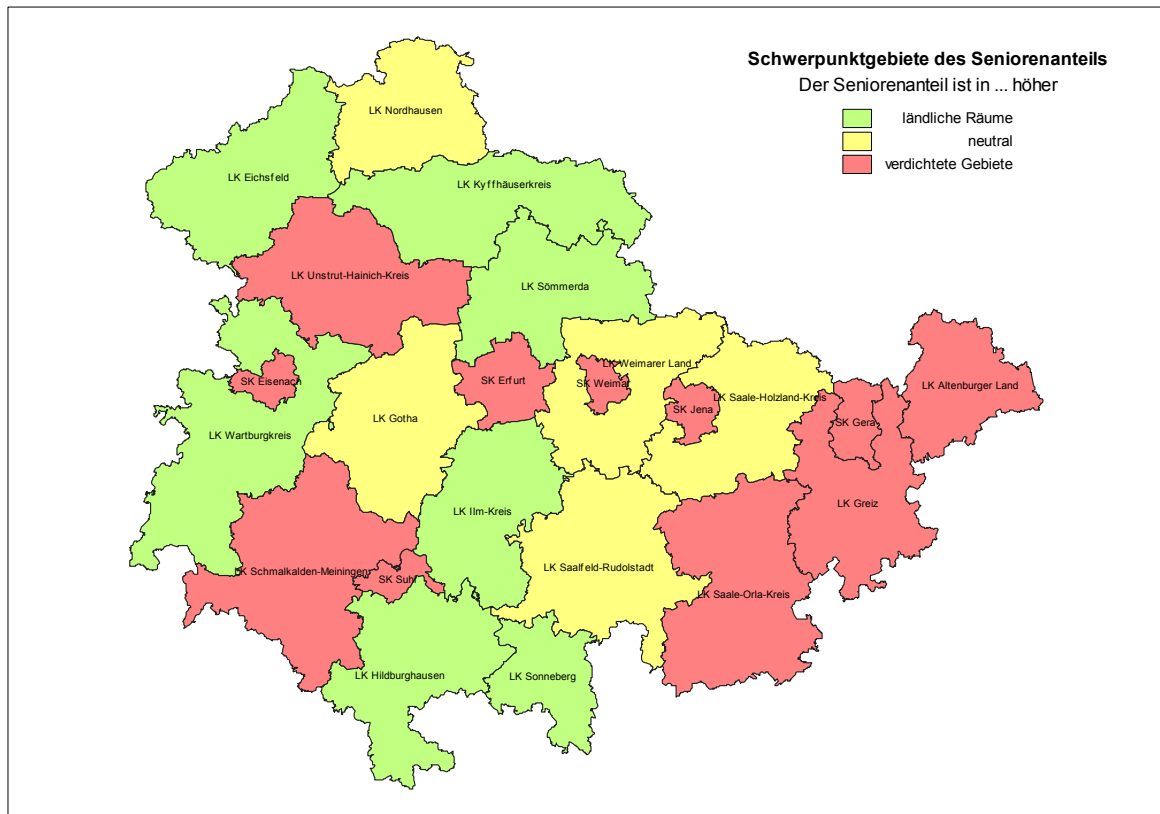


Abb. 4-1: Relation des Seniorenanteils am 31.12.1999 in ländlichen Räumen zu verdichteten Gebieten und Gebieten im Einzugsbereich der Zentren

Dieser Problemschwerpunkt des Analysefokus Senioren ist in sieben Landkreisen demnach der ländliche Raum. In nur fünf Gebieten ist der Seniorenanteil als ein zentraler Indikator des Bedarfs in den verdichteten Gebieten höher. Fünf Landkreise haben eine neutrale Ausrichtung.

Diese Erkenntnis steht im Kontrast zu der bekannten These, dass die Überalterung vornehmlich ein städtisches Problem bzw. Problem in verdichteten Gebieten ist. Sicher ist das Bevölkerungsgewicht der in der vorangegangenen Untersuchung methodisch ausgeblendeten kreisfreien Städte (Gebietskategorie der verdichteten Gebiete) insgesamt sehr viel größer und der Handlungsdruck dort entsprechend höher. Eine hieraus jedoch mögliche Extrapolation der Überalterung ländlicher dünnbe-

siedelter Regionen ist bereits unter den Gesichtspunkten der schlechteren Erreichbarkeit und geringeren Infrastrukturausstattung weitaus schwieriger zu beherrschen. Nachfolgende Karte 4-4 zeigt diese Kreisstruktur. Die weiteren Analysepunkte werden zeigen, dass diese Einteilung auch mit vielen Pflegeindikatoren korreliert.



Karte 4-4: Schwerpunktgebiete des Seniorenanteils nach der Höhe des Seniorenanteils in den Gebietskategorien der Kreise

Diese alterstrukturelle Bilanz wird auch mit dem Biletter-Maß (BM) zur Altersstruktur der Gemeinden nach Gebietskategorien (Tab. 4-1) deutlich. Die Analyse des Biletter-Maßes der Gebietskategorien (im Mittelwert der Gemeinden) zeigt, dass der strukturschwache ländliche Raum die insgesamt älteste Bevölkerung aufweist ($BM = -2,7$). Verdichtete Gebiete folgen „erst“ an zweiter Stelle. Die mit großem Abstand jüngste Bevölkerung verzeichnen ländliche Gebiete im Einzugsbereich der Zentren ($BM = +1,1$). Diese regionale Differenzierung der Altersstruktur – insbesondere der Umlandgemeinden – wird in Karte 4-7 (Abschnitt 4.2.2) auch visuell sehr deutlich.

4.1.3 Gemeindegrößen und Verstädterungsgrad

In den 232 Gemeinden mit mehr als 2.000 Einwohnern lebten 1999 rd. 79,6% der Gesamtbevölkerung. Im Vergleich zu rd. 76% der Gesamtbevölkerung im Jahr 1989 ist in Thüringen zwar eine zunehmende Verstädterung zu erkennen (bezüglich der Gemeindegröße), doch wird auch die relativ geringe räumliche Konzentration der Bevölkerung deutlich. Der vergleichbare durchschnittliche Verstädterungsgrad liegt in den alten Bundesländern bei rd. 94% und in den neuen Bundesländern bei rd. 76%.

Im Vergleich dazu lebten 80,8% der Senioren in diesen Gemeinden. Der Seniorenanteil der Gemeinden mit mehr als 2.000 Einwohnern lag 1999 mit 16,5% nur gering über dem der kleineren Gemeinden (15,5%). Die Zunahme des Seniorenanteils, gemessen am Mittelwert aller Gemeinden einer Gemeindegrößengruppe – ist bei den Gemeinden ab 5.000 EW eindeutig am höchsten.

Gleichmaßen kennzeichnend für größere Gemeinden ist das mit Abstand negativere Biletter-Maß und folglich insgesamt die deutlich ältere Bevölkerung.

Überalterung tritt demnach zur Zeit noch in städtischen Gemeinden – wenn auch nur minimal – stärker auf (Tab. 4-2). Dabei gilt es zu beachten, dass im Zuge der Gebietsreform eine große An-

zahl von Gemeinden mit Einwohnerzahlen von über 2.000 Einwohnern gebildet wurden, die dieses Verhältnis günstig beeinflussen (vgl. Anlage Karte II-6).

Tab. 4-2: Demographische Struktur 1999 nach Gemeindegrößengruppen

Gemeindegrößengruppe	Anteil an Gemeinden [%]	Bevölkerungsanteil [%]	Anteil an Senioren [%]	Seniorenanteil [%]	Mittelwert aller Gemeinden einer Gemeindegrößengruppe		
					Seniorenanteil [%]	Zunahme des Seniorenanteils 1993-1999 [%] (1993=100%)	Biletter-Maß ^{a)}
10.000 EW und mehr	3,2	48,8	49,3	16,4	16,9	115,8	-5,6
5.000 bis unter 10.000 EW	3,3	9,5	9,9	17,0	17,1	115,5	-5,7
2.000 bis unter 5.000 EW	16,0	21,3	21,4	16,3	16,2	108,9	-3,4
1.000 bis unter 2.000 EW	15,2	8,6	8,0	15,2	15,3	106,3	-1,0
500 bis unter 1.000 EW	24,5	7,2	6,9	15,5	15,6	105,0	-1,4
250 bis unter 500 EW	23,6	3,6	3,5	15,7	15,6	107,8	-1,3
unter 250 EW	14,1	1,0	1,0	16,1	16,2	108,9	-0,8
Thüringen	100,0	100,0	100,0	16,3			

a) Definition Biletter-Maß S. 93f; Berechnungsbasis: Gebietsstand zum 31.12.1999

4.1.4 Ausprägungen zentralörtlicher Funktionen und komplementäre Infrastrukturen

Für Thüringen wurde im Landesentwicklungsprogramm (LEP 1993) und in den regionalen Raumordnungsplänen (RRÖP Teil A) ein Netz von zentralen Orten (ZO) und zum Teil auch deren Einzugsbereichen festgelegt. Rückschlüsse auf die tatsächliche Versorgungssituation einer Region über die Einstufung der zentralen Orte sind nur eingeschränkt möglich. Zuweisungen einer Zentralortkategorie unterliegen auch immer gewissen Zielvorstellungen der Landesplanung für eine erst zukünftige bzw. geplante Entwicklung. Auch die Quantifizierung dieser zentralörtlichen Versorgungssituation z.B. für einen Landkreis ist problematisch. SCHMIGALLA (1997) schlägt hierzu eine ordinale Punkteskala vor und summiert diese auf Kreisebene. Die methodische daran orientierte Quantifizierung eines ZO-Punktwertes als Indikator führt im gesamten Indikatorenmodell Pflege zu keinen generell über die Verfügbarkeit zentralörtlicher Funktionen hinausgehenden Aussagen.²⁰²

Aussagekräftiger sind die Bevölkerungsanteile, die unmittelbar in einem zentralen Ort leben. Es ist anzunehmen, dass die Versorgungssituation der Bevölkerung eines zentralen Ortes prinzipiell höher ist, als die der Bevölkerung eines nicht zentralen Ortes. Hierzu wurden Indikatoren entwickelt, die den jeweiligen Anteil der Bevölkerung eines Kreises, der in einem zentralen Ort lebt, abbilden.

Insgesamt leben in Thüringen 71% der Einwohner und 72% der Senioren in einem zentralen Ort. Entsprechend liegt der Seniorenanteil in zentralen Orten mit 16,6% über dem der restlichen Gemeinden (15,6%). Der Seniorenanteil ist aber auch in den Zentralortkategorien unterschiedlich. So liegt er in Mittelzentren mit Teilfunktion eines Oberzentrums im Vergleich aller zentralen Orte am höchsten, wobei die Unterschiede sehr gering ausfallen (s. Anlage Abb. II-2). Zur Zeit zeigt die Altersstruktur der Bevölkerung nach Zentralortkategorien das bereits identifizierte Bild demographisch stärker überalterter Städte.

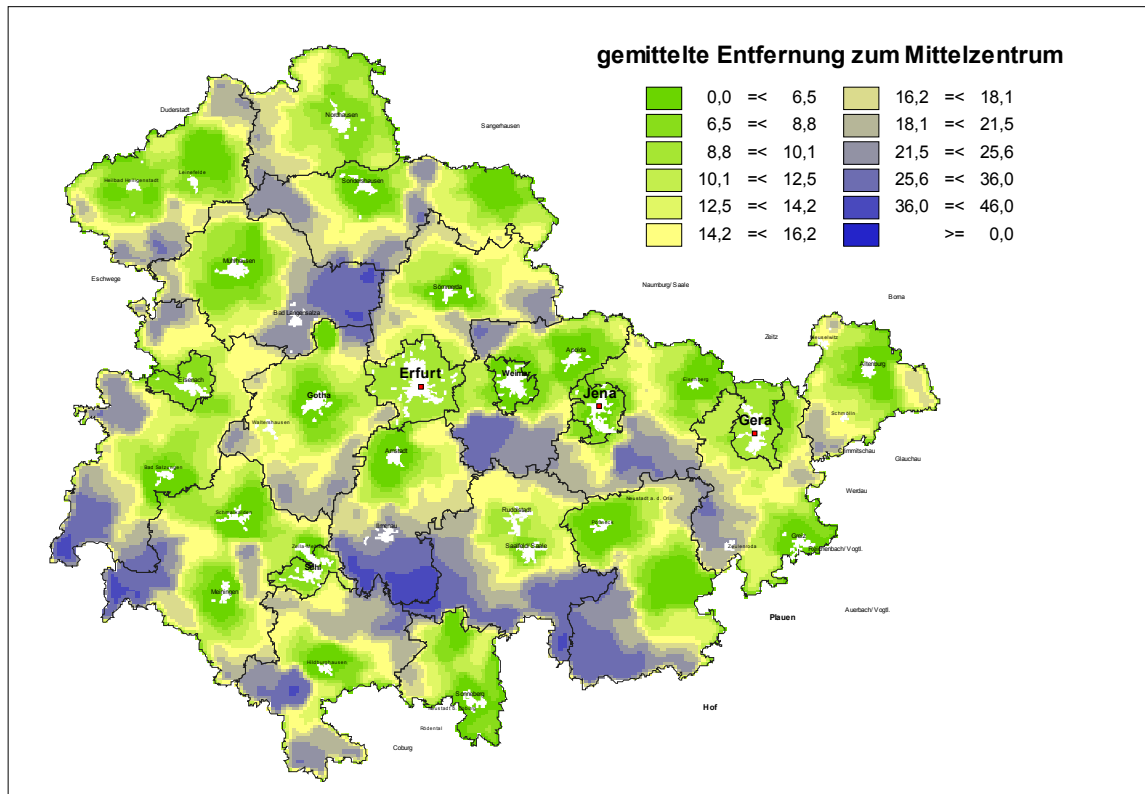
Die Erreichbarkeit zentralörtlicher Funktionen der älteren Bevölkerung außerhalb der zentralen Orte hat aufgrund der eingeschränkten oder nicht vorhandenen Mobilität, insbesondere bei Pflegebedürftigkeit, nur eine untergeordnete Bedeutung. Mit dem Ziel der ortsnahen Versorgung (ThürAGPflgeVG) ist dementsprechend nicht primär ein zentralörtlicher Verflechtungsbereich zu verstehen, sondern der tatsächliche Wohnort. Ortsnah sollte daher empirisch im wörtlichen Sinne als ein Angebot innerhalb der Gemeinde definiert werden. Noch aussageschärfer aber statistisch nicht realisierbar wäre die Siedlungsorientierung innerhalb einer Gemeinde.

Da allerdings viele Angebote und insbesondere institutionalisierte Leistungen immer eine Mindestnachfrage erfordern, ist eine örtliche Konzentration unvermeidlich. Daher sind bei den ambulanten Angeboten und Leistungen gerade die (zentralörtlichen) Entfernungen für die Wegezeitkosten entscheidend. Das abgestufte Angebotsnetzwerk von stationären und ambulanten (Pflege-)Leistungen sollte sich an den Versorgungs- bzw. Verflechtungsbereichen zentraler Orte orientieren. Nach dem

²⁰² In Anlehnung an SCHMIGALLA (1997) werden Punkte für jede Zentralortkategorie vergeben und auf Kreisebene summiert (Kleinzentrum=1; Untermittelzentrum=2; Mittelzentrum=3; Oberzentrum=5; kreisfreie Städte=20).

Prinzip der zentralen Orte wäre für einen nichtzentralen Ort das Angebot im zugeordneten Zentralort sicherzustellen.²⁰³ Die Grenzen einer ortsnahen bzw. zentralörtlich orientierten Angebotssicherung zeigt Karte 4-5. Für jede Gemeinde Thüringens wurde die durchschnittliche Entfernung zum zugeordneten Mittelzentrum ermittelt.²⁰⁴ Danach bestehen in einigen Teilregionen z.B. für die ambulante Pflege deutlich zu große Entfernungen zum nächsten Mittelzentrum.²⁰⁵

Zudem ist die Orientierung der sozialen Infrastruktur nach zentralörtlichen Kriterien nicht immer gegeben (s. Abschnitt 5.2.1.2). Die Analyse der Nah- und Mittelbereiche der zentralen Orte zeigt eine weitere Differenzierung der Versorgungssituation nach tatsächlich erreichten/erreichbaren Bevölkerungsgruppen.



Karte 4-5: Gemittelte Entfernung der Gemeinden zum Mittelzentrum in km

Die noch zu zeigende soziale Infrastruktur für pflegebedürftige Menschen wurde im Rahmen der Untersuchung vollständig erfasst. Die komplementäre Infrastrukturversorgung wie Ärzte und Krankenhäuser ist eher aus Sicht der generellen Versorgungssituation einer Region zu verstehen. Ein direkter Einfluss auf den Pflegebedarf wird nicht erwartet.

Diese Einordnung kommt der strategischen Trennung in der vorliegenden Arbeit von allgemeiner Gesundheitsinfrastruktur und spezifischer Pflegeinfrastruktur nach. Mit den Erfahrungen der Landespflegeplanung geht der Autor davon aus, dass eine komplementäre Infrastruktur nur geringe Substitutionseffekte auf den Pflegebedarf ausüben kann. Die Pflegeinfrastruktur ist als letzte Station einer „Krankengeschichte“ anzusehen. Schon aus Kostengründen – insbesondere bei den Krankenhäusern – ist eine prinzipielle Orientierung auf reine Pflegeinfrastruktur vorhanden. Eine gute komplementäre Gesundheitsinfrastruktur hat dadurch kaum Einfluss auf den professionellen Pflege- und Hilfebedarf in einem Kreis. Einige Pflegeeinrichtungen bemühen sich, Pflegefälle noch kurz vor dem Tod im Krankenhaus versorgen zu lassen (vgl. Abschnitt 5.2.3.9).

²⁰³ Dieses Prinzip entspricht auch der Tatsache, dass die Verflechtungsbereiche an tatsächlichen, subjektiv empfundenen oder geographisch bedingten Raumgrenzen orientiert sind. So wenig solche Abgrenzungen in der „jungen“ mobilen Gesellschaft noch zum Tragen kommen, erfahren sie im Alter eine eigenständige Bedeutung: Lokale Identität oder geographische Hindernisse gewinnen im Alter deutlich an Bedeutung.

²⁰⁴ Grundlage der Entfernungangaben ist der „Große ADAC Reiseatlas“. Es wurde sowohl die Straßenverbindung jeder Gemeinde zum zentralen Ort des Nahbereichs, als auch des Mittelbereichs ermittelt. Da in der Regel die Gemeinden mehrere Ortsteile / Siedlungsschwerpunkte haben, wird aus den einzelnen Entfernungangaben ein Durchschnittswert für die Gemeinde errechnet.

²⁰⁵ Die Situation der Nahbereichsentfernungen ist ähnlich, wobei mögliche Ausdünnungen bei den unteren Zentralortkategorien Unterzentrum und Kleinzentrum nicht berücksichtigt wurden (s. Anlage Karte II-5).

Die Indikatoren werden auf die Basis je 1.000 Einwohner bezogen. Die Angaben zu Zahnärzten und Apotheken sind nur informativ und werden nicht berücksichtigt. Das Indikatorenmodell weist ihnen keinen neuen oder weiterführenden Erklärungsgehalt zu.

4.2 Demographische Strukturindikatoren

Demographische Strukturindikatoren haben den Charakter einer Zustandsbeschreibung und bilden die Grundlage vielfältiger Untersuchungen zwischen soziodemographischen Merkmalen und einem Hilfe- und Pflegebedarf. So ist Pflege ein primär alters-, geschlechts- und schichtspezifisches Risiko, wobei schichtspezifisch weder qualifizierbar noch quantifizierbar ist. Die Einwohnerzahl und Altersstruktur der Bevölkerung bilden daher zentrale Indikatoren dieser Arbeit. Vor dem räumlichen Hintergrund der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bedarf es darüber hinaus speziell regional differenzierter Indikatoren zum Bevölkerungsaufbau und -entwicklung.

Einige aufgeführte demographische Indikatoren sind dabei auch Referenzgrößen. Sie haben beispielsweise die Funktion, den Anteil Hilfe- und Pflegebedürftiger gemessen an der Gesamtbevölkerung oder einzelner Altersgruppen zu messen (Quote der Inanspruchnahme). Eine Trennung demographischer Indikatoren von Bedarfsindikatoren ist insofern künstlich und wird primär aus analytisch/empirischen Gründen und der Übersichtlichkeit halber vorgenommen.

Die Einwohnerzahl in ihrer Altersstruktur ist die Referenzgröße zur Ermittlung altersspezifischer Bevölkerungsanteile oder zusammenfassender Altersstrukturindikatoren einer Bevölkerung. Dabei ist die absolute Anzahl älterer Menschen, deren relativer Anteil an der Gesamtbevölkerung, aber auch der Anteil bestimmter Altersgruppen an der älteren Gesamtbevölkerung, wichtig. Gemäß des altersspezifischen Pflegerisikos korrelieren Anzahl und Alter der Bevölkerung mit dem absoluten Hilfe- und Pflegebedarf. Es ist generell davon auszugehen, dass ein Versorgungsbedarf in Abhängigkeit von der Bevölkerungsanzahl der Nutzergruppen progressiv ansteigt.

Der Seniorenanteil als zentraler Indikator zur Charakterisierung der Bevölkerungsstruktur im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit definiert sich über das Nachfrageverhalten. Ein älterer Mensch ist der, welcher Angebote der Altenhilfe im weitesten Sinne in Anspruch nimmt. Der Begriff Senioren wird daher auf die Personengruppe „65 Jahre und älter“ bezogen. Bereits ab dem fünfundsechzigsten Lebensjahr ist zumindest die Nutzung hauswirtschaftlicher Dienste nicht ungewöhnlich (s. zur Altersabgrenzung auch Abschnitt 2.1.1).

Neben dem Seniorenanteil existieren weitere gebräuchliche Kennziffern zur Altersstruktur der Bevölkerung wie die Jugend-, Alten- und Abhängigkeitsquote. Diese haben für Analysen zur Pflegebedürftigkeit allerdings nur geringe Bedeutung und Aussageschärfe.²⁰⁶

Im Gegensatz zu den bisher genannten Altersstrukturkennziffern charakterisiert das Biletter-Maß (BM) die gesamte Altersstruktur und nicht nur einen Aspekt wie z.B. Jugend oder Alter. Das Biletter-Maß ist eine möglichst einfache, sinnvolle und konsistente Kennziffer zur Abbildung regionaler Altersstrukturdifferenzen (vgl. HEIGL 1999). Mit dem Biletter-Maß werden Altersklassen nach der sogenannten Generationsablöse (Kinder, Eltern und Großeltern) zusammengefasst und in Beziehung zueinander gesetzt. Aus der Differenz der Kinder- und Großelterngeneration (Subtraktion) wird zunächst ein genereller Rückschluss auf die Altersstruktur möglich. So spricht man von einer älteren Bevölkerung, wenn eine zahlenmäßig stärkere Großelterngeneration auf eine geringere Kindergeneration trifft. Das Verhältnis dieser Differenz zur Elterngeneration zeigt zusammenfassend die Strukturverschiebungen der Altersgruppen. Die großen Schwankungen der Geburtenzahlen seit Kriegsende führten z.B. zu wechselnd starken Besetzungen der Einzeljahrgänge, die nunmehr in markanten Wellenbewegungen die Altersgruppen durchlaufen (Anlage Abb. II-20 verdeutlicht die beachtlichen Altersstrukturunterschiede anhand des BM im Ost-West-Vergleich bis 2050).

²⁰⁶ Die Jugendquote (Verhältnis der 0-15-jährigen zu den 15-65-jährigen) hat bei der Betrachtung der Pflegebedürftigkeit kaum Aussagekraft. Der Zusammenhang zwischen Wohnorten von Familien und der regionalen Attraktivität von Wohnstandorten und damit einhergehenden potentiellen informellen Pflegenetzwerken wurde nicht weiter untersucht. Die sogenannte Altenquote (Verhältnis der über 65-jährigen zu den 15-65-jährigen) hat pflegespezifisch ebenfalls geringe Aussagekraft, da nachfolgende Generationen, die potentiell Unterstützung und Hilfe leisten können, von der Gesamtbevölkerung abhängen. So ist die Quantifizierung des Unterstützungspotentials mit dem Pflegepotential z.B. der Frauen aussageschärfer (s. Abschnitt 4.2.3). Die Summe von Jugend- und Altenquote bildet die Abhängigkeitsquote. Sie ermöglicht Rückschlüsse auf die Erwerbsfähigkeit einer Bevölkerung, die eine zentrale Bedeutung für die Finanzierbarkeit von Sozialsystemen bzw. sozialen Transferleistungen hat (u.a. für die Rentenversicherung). Dieser Aspekt ist jedoch nicht Bestandteil der Arbeit.

Das herkömmliche BM definiert die Altersgruppe der Kinder bis unter 15 Jahre und die der Großeltern ab 50 Jahre (vgl. HEIGL 1999: 21). Für das Indikatorenmodell werden diese Altersgruppen an die Eingangsdefinition „Senioren“ angepasst: Die Kinderaltersgruppe wird mit unter 15 Jahren und die Seniorenaltersgruppe mit über 65 Jahren festgelegt. Der Vorteil liegt nicht nur in der für diese Arbeit einheitlichen Abgrenzung des Seniorenalters, sondern auch im mathematisch besseren Interpretationsrahmen. Die Subtraktion gibt so einen besser Aufschluss darüber, ob die Bevölkerung eher jung (positiver Wert) bzw. alt (negativer Wert) ist (s. Abschnitt 4.2.2). Im Sinne des BM wurde für die vorliegende Arbeit mit dem Seniorenaltersstrukturmaß (SAS-Maß) zudem eine weitere komplexe demographische Kennziffer entwickelt. Zusammenfassend werden die demographischen Indikatoren folgendermaßen definiert:

- Seniorenanteil: $SenAnteil = \frac{P_{65+}}{P_{gesamt}} \times 100$
- Altersgruppenanteil (z.B. Hochbetagtenanteil): $AGAnteil = \frac{P_{AG}}{P_{gesamt}} \times 100$ oder $AGSen = \frac{P_{AGSen}}{P_{65+}} \times 100$
- Biletter-Maß: $BM_{(pflege)} = \frac{P_{0,14} - P_{65+}}{P_{15,64}}$
- SAS-Maß: $SASM = \frac{P_{65-75} - P_{85+}}{P_{75-85}}$

4.2.1 Demographische Situation

Die Bevölkerung der neuen Bundesländer alterte innerhalb der letzten zehn Jahre schneller als die der alten Länder (von 1989 bis 1997 im Durchschnitt um rund 4 Jahre gegenüber knapp 1 Jahr in den alten Bundesländern). Innerhalb der neuen Länder sind gleichwohl regionale Unterschiede nachweisbar. Die in den letzten Jahren vergleichsweise günstigste Bevölkerungsentwicklung hat das Land Brandenburg aufgrund positiver Wanderungsgewinne mit der Stadt Berlin erfahren.

Der bundesweite demographische Trend aus niedriger Geburtenrate, einer zunehmenden Lebenserwartung und demographischen Alterung stellt sich in Thüringen wie folgt dar:²⁰⁷

- Die Altersstruktur in Thüringen war 1989 noch durch einen relativ hohen Anteil junger Menschen (unter 15 Jahren) und niedrigem Seniorenanteil gekennzeichnet. Seitdem nähert sich die Altersstruktur immer mehr der Altersverteilung im ganzen Bundesgebiet an und führt zu einer Überalterung der Bevölkerung.
- Die durchschnittliche Lebenserwartung in Thüringen ist seit 1990 deutlich gestiegen. Im Zeitraum 1998/2000 errechnete das TLS eine Lebenserwartung der Thüringer Bevölkerung von durchschnittlich 73,5 Jahren für einen neugeborenen Jungen und 80,1 Jahren für ein neugeborenes Mädchen. Im Vergleich zu 1990/92 haben rein statistisch die Jungen 3,5 und die Mädchen 3,3 Lebensjahre hinzugewonnen. Im Vergleich zur insgesamt berechneten Lebenserwartung für Deutschland liegt Thüringen noch um fast 1 Jahr (bei Jungen) bzw. 1/2 Jahr (bei den Mädchen) zurück.²⁰⁸
- Auch für ältere Menschen in Thüringen ist die Lebenserwartung angestiegen. Ein 65-jähriger Mann hat eine durchschnittliche fernere Lebenserwartung von weiteren 14,7 Lebensjahren (in Deutschland 1997/99: 15,4 Jahre). Für eine gleichaltrige Frau ergeben sich noch 18,4 weitere Lebensjahre (in Deutschland 1997/99: 19,1 Jahre).²⁰⁹ Diese höhere Lebenserwartung der Frauen führt u.a. dazu, dass der Frauenanteil im fortgeschrittenen Lebensalter wesentlich höher ist (z.B. liegt der Frauenanteil bei über 85-jährigen bei 76%).
- Seit 1998 fällt erstmals in Thüringen der Anteil junger Menschen an der Gesamtbevölkerung (21,2% unter 20 Jahren) zu alten Menschen (22,5% 60 Jahre und älter) niedriger aus.

²⁰⁷ Vgl. TLS Pressemitteilung 203/1999, Erfurt, 18.10.1999.

²⁰⁸ Vgl. TLS Pressemitteilung 016/2002, Erfurt, 23.01.2002.

²⁰⁹ Vgl. Statistischer Bericht 01201 über die natürliche Bevölkerungsentwicklung für das Jahr 2000: TLS „Abgekürzte Sterbetafel 1998/2000 für Thüringen“, Erfurt 2001

Ende 1990 war dieses Verhältnis mit 19,0% älterer und 25,3% jüngerer Menschen noch wesentlich günstiger.

- Den höchsten Seniorenanteil in Thüringen haben die Stadt Eisenach und der Landkreis Altenburger Land (mehr als jeder 4. Einwohner war 60 Jahre und älter).

Laut Thüringer Landesamt für Statistik (TLS) lebten zum 31.12.1999 im Freistaat Thüringen 2.449.082 Einwohner. Davon waren 398.386 Einwohner „65 Jahre und älter“. Das ergibt einen Seniorenanteil von 16,3%. Der Seniorenanteil lag 1990 noch bei 13,7% (s. Anlage Tab. II-8).

Geschlechterproportion: Die Tatsache, dass Alter und Pflegebedürftigkeit weiblich dominiert sind, hat sich bisher nicht verändert. Insgesamt ist die Geschlechterproportion eine ausgesprochen konstante Größe. Der Frauenanteil liegt in Thüringen zwischen 51% und 52%, nimmt aber kontinuierlich durch ein unterschiedliches Männer/Frauen-Wanderungsverhalten ab. Dennoch gibt es bemerkenswerte regionale Unterschiede, die zu teilweise problematischen Alters- und Geschlechtsstrukturen in einzelnen Gemeinden führen können. Diese Unterschiede weisen aber kaum kennzeichnende topologische Merkmale auf.

Durch das Ausbleiben demographischer Dellen in der männlichen Population (z.B. Kriegsverluste) wird in Zukunft ein größerer Anteil pflegebedürftiger Männer erwartet. Die kürzere Lebenserwartung der Männer und die eingangs beschriebenen Probleme bei der Bewältigung von Pflegebedürftigkeit werden deutliche Auswirkungen auf die ambulante und häusliche Pflege haben (durch die absolute Anzahl, aber auch auf Grund einer erwarteten höheren Unselbständigkeit in der Haushaltsführung). Für die stationäre Pflege bleibt der hohe Frauenanteil charakteristisch, da nach wie vor die häusliche Pflege bei Männern von der Ehefrau geleistet wird. Bei eigener Pflegebedürftigkeit ist der Ehemann oft schon verstorben oder ist wegen eigener Pflegebedürftigkeit keine verlässliche Hilfe mehr (vgl. Abschnitte 5.2.2 und 5.2.3.1).

4.2.2 Altersstruktur und Seniorenanteil

Ausgangspunkt der nachfolgenden Analysen zur Altersstruktur sind die Gemeinden. Die Spannweite des Seniorenanteils in den Gemeinden Thüringens betrug 1999 21 Prozentpunkte. So markiert die Gemeinde Wohlsborn im Weimarer Land mit 6,7% das Minimum und Tüttleben im Landkreis Gotha mit 27,7% das Maximum beim Seniorenanteil. Der Grund der jungen Altersstruktur der Gemeinde Wohlsborn liegt in überproportional hohen und relativ jungen Wanderungsgewinnen der letzten Jahre. Die Bevölkerung nahm im Zeitraum 1989 bis 1999 von 227 auf 505 Einwohner bzw. um 121% zu. Die Gemeinde Tüttleben ist hingegen der Standort eines sogenannten Pflegeheims auf der „Grünen Wiese“ und verzeichnet dadurch überproportional hohe ältere Wanderungsgewinne (vgl. Tab. 4-3).

Tab. 4-3: Deskription des Seniorenanteils

	Mit- telwert	Standard- abweichung	Mini- mum	Spann- weite	Maxi- mum	Perzentile				
						5.	25.	Median	75.	95.
Seniorenanteil 1993	14,7	2,7	6,1	25,4	31,5	10,2	13,0	14,7	16,3	18,9
Seniorenanteil 1996	15,2	2,8	6,5	23,1	29,5	10,7	13,5	15,1	16,9	19,6
Seniorenanteil 1999	15,8	2,9	6,7	21,0	27,7	11,0	13,9	15,8	17,6	20,4
Veränderung Seniorenanteil in Prozent seit 1993 (+ = Zunahme, - = Abnahme)	8,1	12,3	-45,1	126,3	81,2	-10,6	1,5	7,9	14,0	28,8
Biletter-Maß 1996	2,2	7,1	-28,7	61,3	32,6	-8,6	-2,5	1,7	6,7	14,3
Biletter-Maß 1999	-1,8	6,8	-29,4	53,7	24,4	-12,5	-6,3	-2,0	2,3	9,4
SAS-Maß 1993	2,2	1,2	0,0	16,0	16,0	1,2	1,6	2,0	2,5	3,9
SAS-Maß 1999	2,0	1,0	-0,5	11,5	11,0	1,1	1,5	1,8	2,2	3,5

Grundlage: eigene Berechnungen auf dem Gebietsstand 1999 (1019 Gemeinden), TLS

Wie aus Tab. 4-3 hervorgeht, ist die Spannweite des Seniorenanteils im Vergleich zu 1993 stark rückläufig. Diese Entwicklung steht im Kontrast zur allgemeinen Zunahme des kommunalen Seniorenanteils und hat ihre Ursache in den Auswirkungen der kommunalen Gebietsreform. Die Altersstruktur kleinerer Gemeinden mit ihrer teilweise typisch stärkeren Überalterung relativiert sich in

der neuen Relation einer größeren Gemeinde.²¹⁰ Es zeigt sich, dass der Seniorenanteil relativ gut normalverteilt ist, und die anfänglich leichte positive Schiefe im Jahr 1993 durch zahlreiche Eingemeindungen bis 1999 statistisch zurückgegangen ist. Insgesamt ist das Maximum zurückgegangen bei gleichzeitiger Verschiebung der Verteilung zu höheren Seniorenanteilen. Die Veränderung des Seniorenanteils von 1993 bis 1999 in Prozent verdeutlicht aber auch den unterschiedlichen Trend der Alterung in den Gemeinden. In einem Extremfall hat der Seniorenanteil um 45% stark abgenommen und im anderen Extrem um 81% sehr stark zugenommen. Im Durchschnitt der Gemeinden ist der Seniorenanteil um rd. 8% gestiegen (s. Anlage Abb. II-6).

Am augenscheinlichsten zeigt Abb. 4-2 die Vielfalt der regionalen Altersstrukturen und damit das Problempotential einiger Gemeinden. In der Abbildung wurden die zentralen Orte in der auf die Hauptkategorien reduzierten Abstufung markiert. Gesetzmäßige Zusammenhänge sind weder bei den beiden Indikatoren zu finden noch in der Verteilung nach zentralörtlichen Kategorien. Dennoch wird deutlich, dass der Seniorenanteil seit 1993 in Ober- und Mittelzentren überdurchschnittlich zugenommen hat.

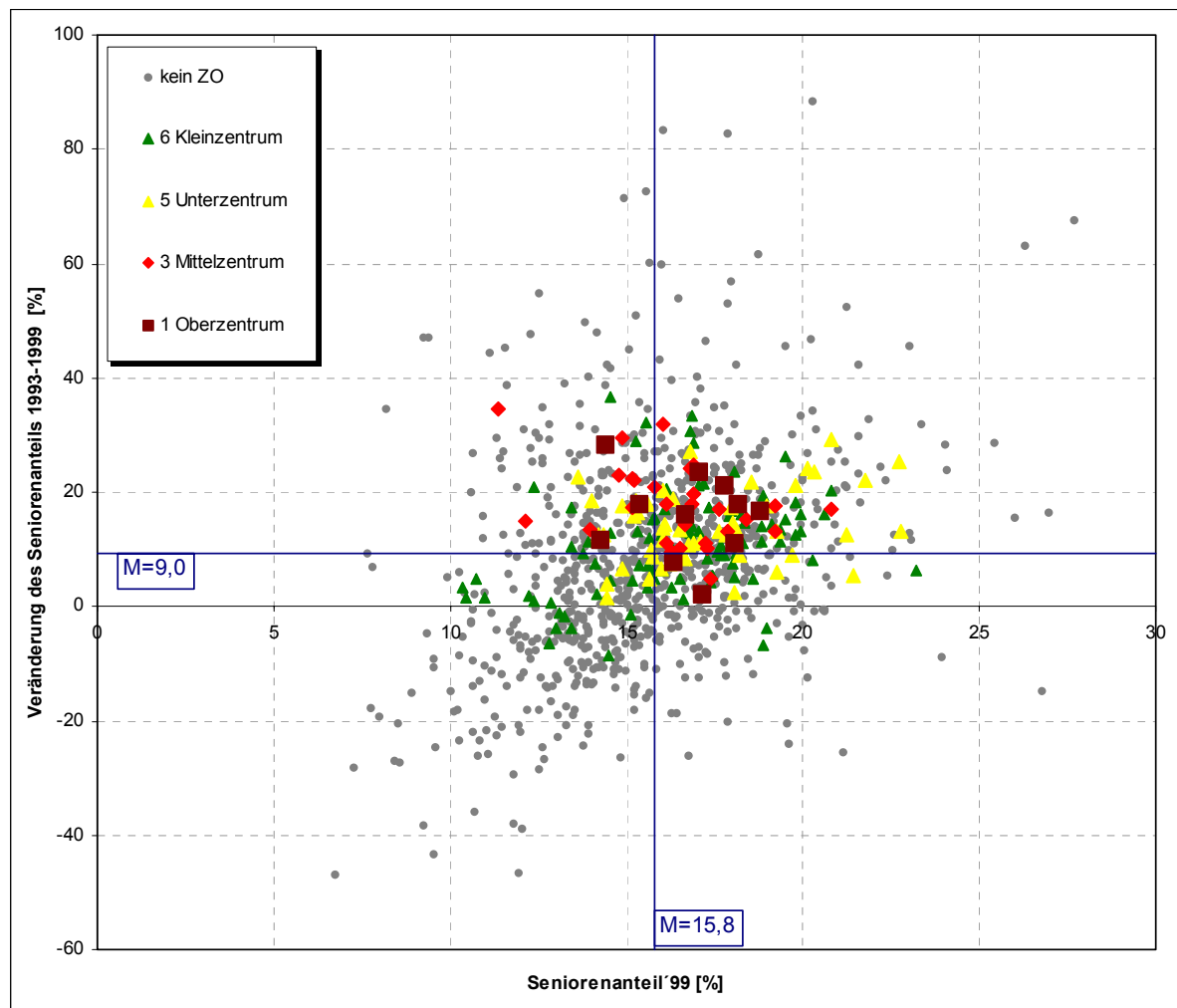


Abb. 4-2: Seniorenanteil 1999 und Veränderung 1993-1999 in den Gemeinden nach Zentralortkategorien

Topologisch sind die räumlichen Muster der Altersstruktur sehr prägnant (s. Karte 4-6). Die niedrigsten Werte liegen um die kreisfreien Städte der Thüringer Städtereihe Erfurt, Weimar, Jena und Gera. Diese Umlandgemeinden haben am stärksten von überdurchschnittlich jungen Wanderungsgewinnen profitieren können (Suburbanisierung). Von der Städtereihe nach Norden und Süden nimmt der Seniorenanteil stark zu und bildet räumliche Schwerpunkte im Kyffhäuserkreis und entlang des Thüringer Waldes. Ein weiterer Schwerpunkt liegt im östlichen Thüringen. Die topologisch zusammenhängend niedrigsten Seniorenanteile weisen die Gemeinden des Eichsfeldkreises auf. Ebenfalls niedrigere Seniorenanteile, aber vereinzelter, zeigen viele Gemeinden in Grenznähe zu den alten Bundesländern (südliche Landkreise Schmalkalden-Meinigen und Sonneberg).

²¹⁰ S. auch Anlage Abb. II-6 zu Veränderungen in der Häufigkeitsverteilung des Senioren- und Hochbetagtenanteils in den Gemeinden.

Diese charakteristische Topologie wird sich in vielen weiteren Analysen der Arbeit widerspiegeln. Das generalisierte Grundmuster ist folgendermaßen zu beschreiben (s. auch Anlage Karte II-12b):

1. „jüngere“ Umlandregionen von „älteren“ Zentren,
2. hohe Überalterung ländlicher und teilweise strukturschwacher Regionen,
3. geringe Alterung strukturstarker Regionen oder aus der Lagegunst zu den alten Bundesländern pendlerintensive Regionen sowie
4. den regelmäßigen Ausreißer Eichsfeld mit der typischen katholischen Konfessionsprägung, aber auch gezielter strukturpolitischer Förderung zur DDR-Zeit.

Diesem Grundmuster folgt auch der Hochbetagtenanteil, wobei hier nicht nur die Städte zur Gruppe mit dem höchsten Seniorenanteil gehören. Beim „Ausreißer“ Eichsfeld zeigt der relativ hohe Hochbetagtenanteil, dass die Altersstruktur zwar insgesamt relativ jung aber dafür die Senioren relativ alt sind. Diese Beziehung zwischen Senioren- und Hochbetagtenanteil ergänzt die zuvor zusammengefassten Grundmuster mit der Tatsache, dass noch relativ junge ländliche Regionen teilweise sehr alte Seniorenaltersstrukturen vorweisen (vgl. hierzu Detailanalysen zur Altersstruktur in den Gemeinden der Teilkarten Anlage Karte II-12).

Mit dem Biletter-Maß ($BM_{(Pflge)}$) können diese regionalen Altersstrukturdifferenzen zusammenfassend und konsistent abgebildet werden. Die Relation der drei zentralen Altersgruppen Kinder/Jugendliche, Personen im erwerbsfähigen Alter und Senioren bildet eine komplexe Kennziffer (für die vorliegende Arbeit angepasst an die spezifische Perspektive der Pflegebedürftigkeit). Bei einer Gleichverteilung der Gemeinden entsprechend ihres $BM_{(Pflge)}$ in fünf Gruppen wird eine relative Aussage zur Altersstruktur möglich. Bei negativen BM-Werten sind mehr Senioren als Kinder vorhanden – die Bevölkerung ist demographisch älter. Bei einem positiven Wert ist die Altersgruppe der Kinder/Jugendlichen gegenüber den Senioren größer – die Bevölkerung ist demographisch entsprechend jünger. Die fünf Gruppen entsprechen einer Verbalisierung von „sehr alter“ über „durchschnittlicher“ bis zu „sehr junger“ Altersstruktur der Bevölkerung. Für Thüringen insgesamt sind gegenwärtig beim $BM_{(Pflge)}$ die beiden Altersgruppen der Kinder und Senioren ähnlich stark besetzt. Das $BM_{(Pflge)}$ variiert daher mit +/- 6 um Null.²¹¹

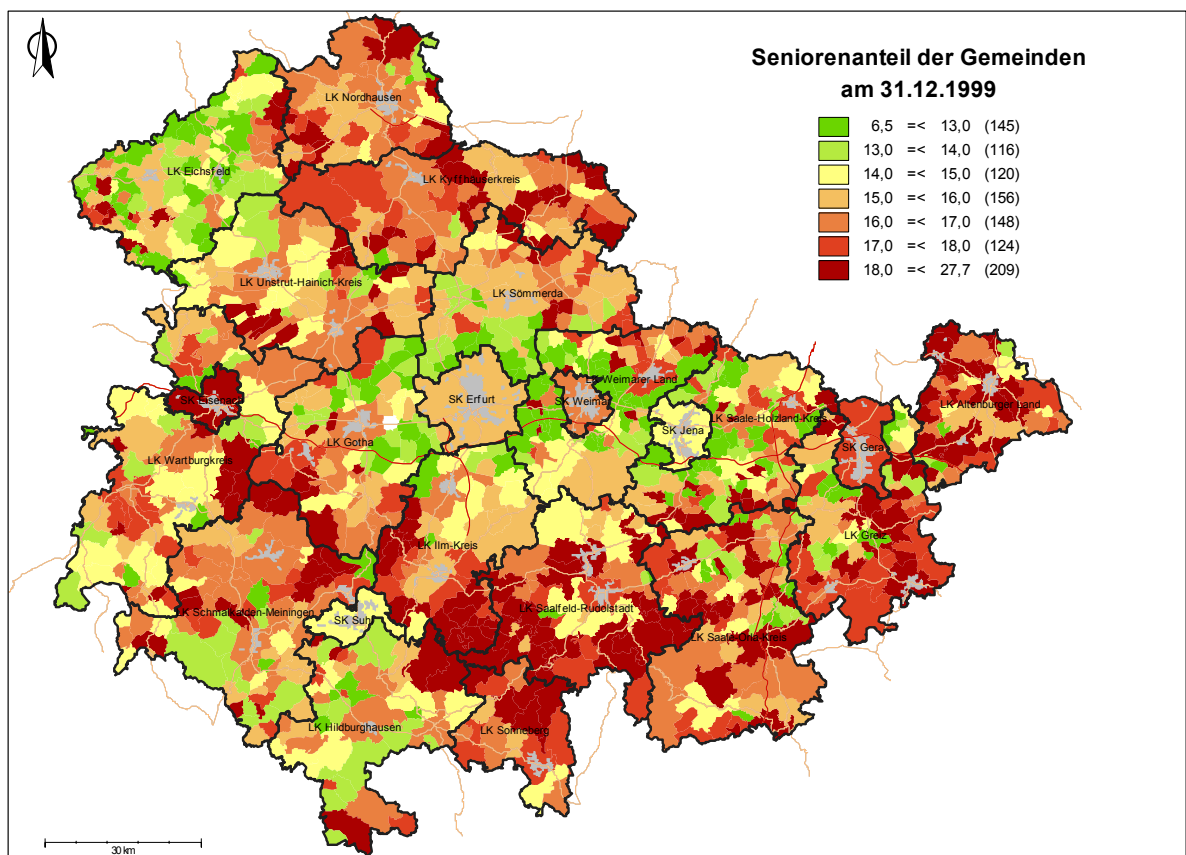
Topologisch zeigt sich mit dem $BM_{(Pflge)}$ im Vergleich zum Seniorenanteil ein ausgeprägteres räumliches Muster (s. Karte 4-7). So sind die Schwerpunkte hoher Seniorenanteile ebenso mit dem Biletter-Maß zu identifizieren. Angrenzende Regionen mit niedrigerem Seniorenanteil charakterisiert das $BM_{(Pflge)}$ jedoch oft ebenfalls als demographisch alt. Die topologische Breite und Einheitlichkeit wird stärker betont (sehr deutlich im südlichen Thüringen und entlang des Thüringer Waldes). D.h., Regionen mit einem moderaten Seniorenanteil sind bezüglich der gesamten Altersstruktur aufgrund relativ niedriger Kinderanzahl insgesamt als demographisch alt zu charakterisieren.

Basierend auf dem Biletter-Maß wurde für die vorliegende Untersuchung eine weitere komplexe Kennziffer entwickelt. Das Seniorenaltersstrukturmaß (SAS-Maß) charakterisiert zusammenfassend die Altersstruktur innerhalb der Altersgruppe der Senioren mit der Differenz aus „Alten“ (65 bis 75 Jahre) und „Hochbetagten“ (über 85 Jahre) im Verhältnis zu den „Betagten“ (75 bis 85 Jahre). Das SAS-Maß soll darüber Auskunft geben, wie sich die Altersstruktur einer regionalen Seniorenbevölkerung darstellt. Eine ältere Seniorenbevölkerung hat zugleich eine höhere Pflegeprävalenz. Die Interpretation des Seniorenaltersstrukturmaßes entspricht etwa der des Biletter-Maßes. Ein negativer Wert weist auf überproportional viele hochbetagte Senioren (85 Jahre und älter). Umgekehrt entsprechen positive Werte demographisch relativ jungen Senioren (65 bis unter 75 Jahre). Die Größenordnung des Wertes verweist auf die Relation zur mittleren Seniorengruppe der Betagten (75 bis unter 85 Jahre). Der Wert nähert sich Null, je größer die Gruppe dieser betagten Senioren ist.

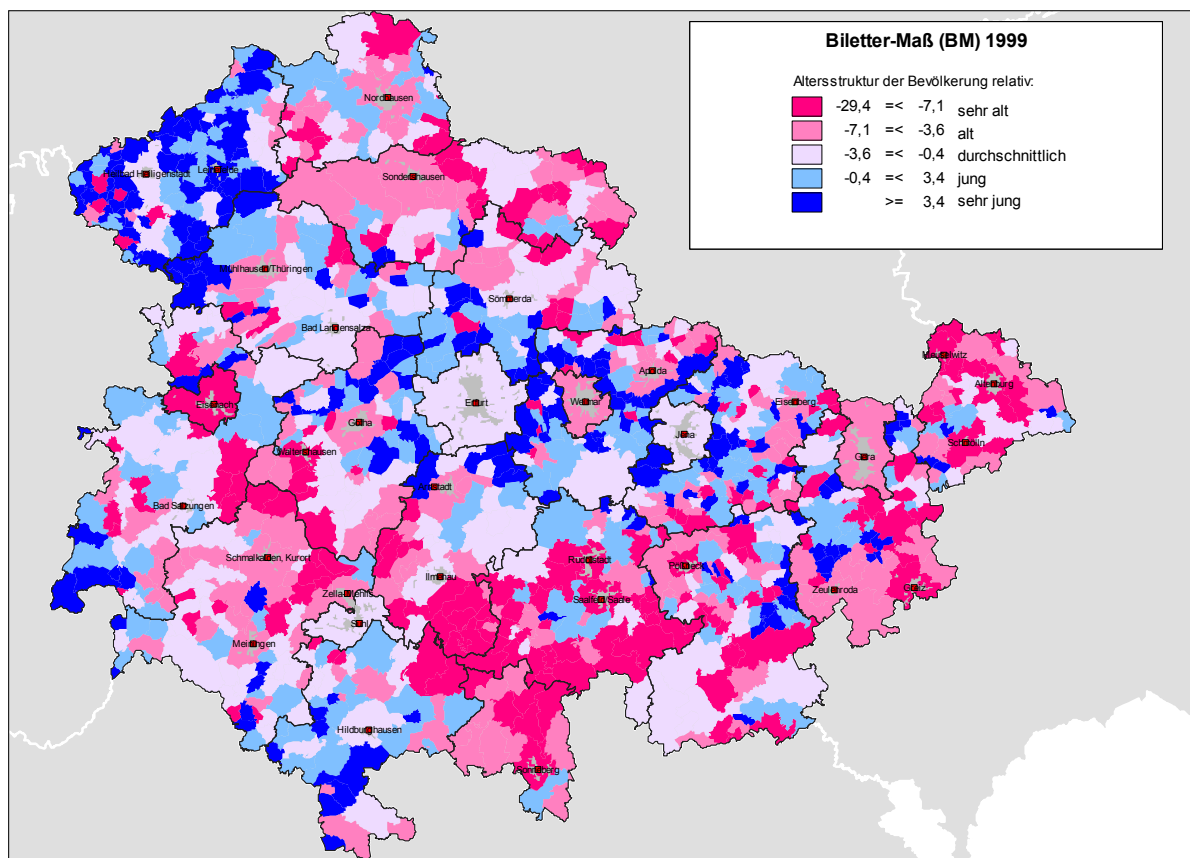
Auch das SAS-Maß zeichnet die bereits beschriebenen Raumstrukturen nach (vgl. Anlage Karte II-13). Einen neuen generalisierenden Aspekt zeigt Karte 4-8 mit der Relation aus $BM_{(Pflge)}$ und SAS-Maß. Die Einordnung der Gemeinden in die Extremgruppen: „demographisch alte Bevölkerung und demographisch alte Senioren“ bzw. „demographisch junge Bevölkerung und demogra-

²¹¹ Das herkömmliche Biletter-Maß wäre in Thüringen immer negativ, da die Altersgruppe der über 50-jährigen deutlich größer als die der Kinder ist. In Thüringen lag das BM 1997 bei rd. -40 und das $BM_{(Pflge)}$ bei -1,1. Aus diesem Grund wurde das $BM_{(Pflge)}$ entwickelt, um die Plausibilität positiver/negativer Abweichungen zu erleichtern.

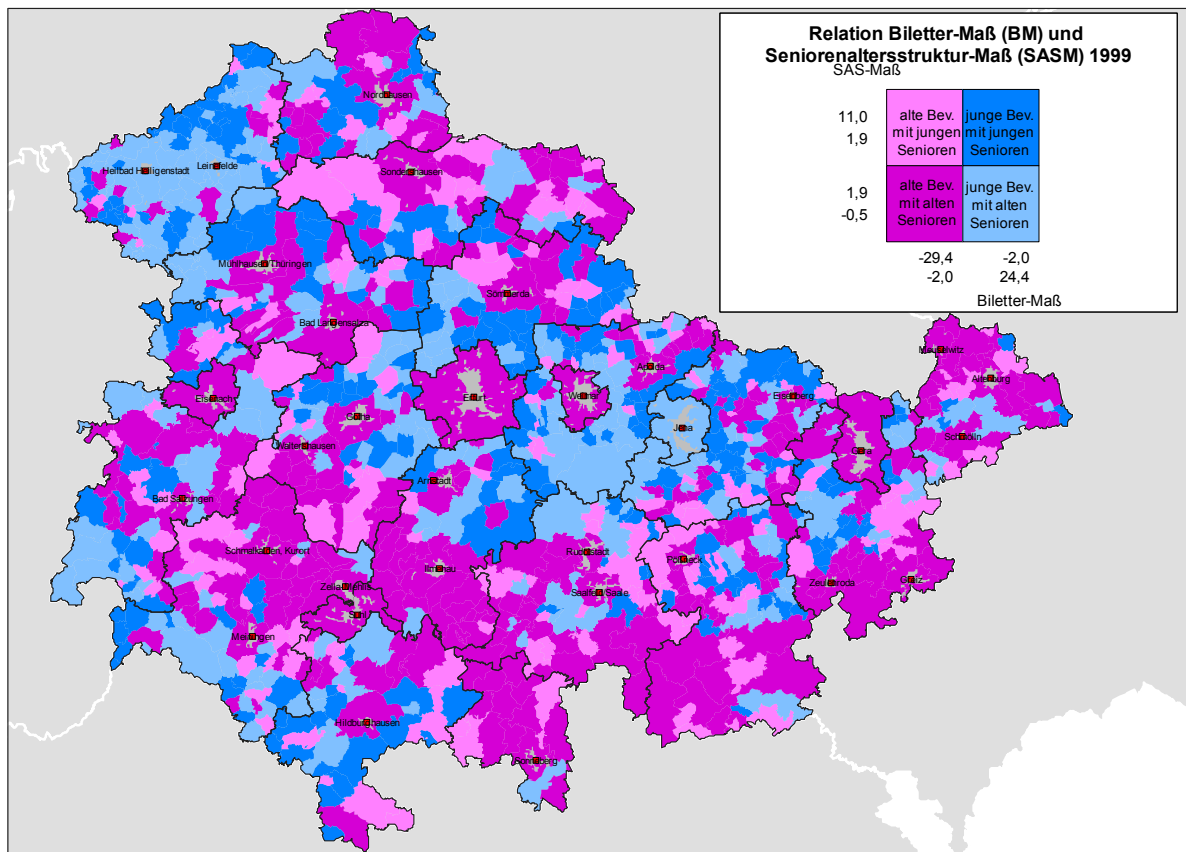
phisch junge Senioren“ akzentuiert die Dreiteilung Thüringens entlang der Städtereihe (mit Ausnahme der Sonderpositionen der kreisfreien Städte).



Karte 4-6: Seniorenanteil der Gemeinden am 31.12.1999



Karte 4-7: Biletter-Maß_(Pflge) der Gemeinden am 31.12.1999



Karte 4-8: Topologie der Relation Biletter-Maß_(Pflege) und Seniorenaltersstrukturmaß am 31.12.1999

Diese skizzierte Altersstrukturtopologie spiegelt sich entsprechend auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte wieder. Die Spannweite des Seniorenanteils von 4,8 Prozentpunkten verdeutlicht die Brisanz zukünftiger demographischer Strukturveränderungen (s. Anlage Tab. II-8: von 13,9% im Eichsfeld bis 18,7% im Altenburger Land). Die Spitzenwerte des Seniorenanteils werden nach der eher optimistischen Bevölkerungsvorausberechnung des Thüringer Landesamtes für Statistik (TLS 2000C) bei bis zu 30% im Jahr 2020 liegen.

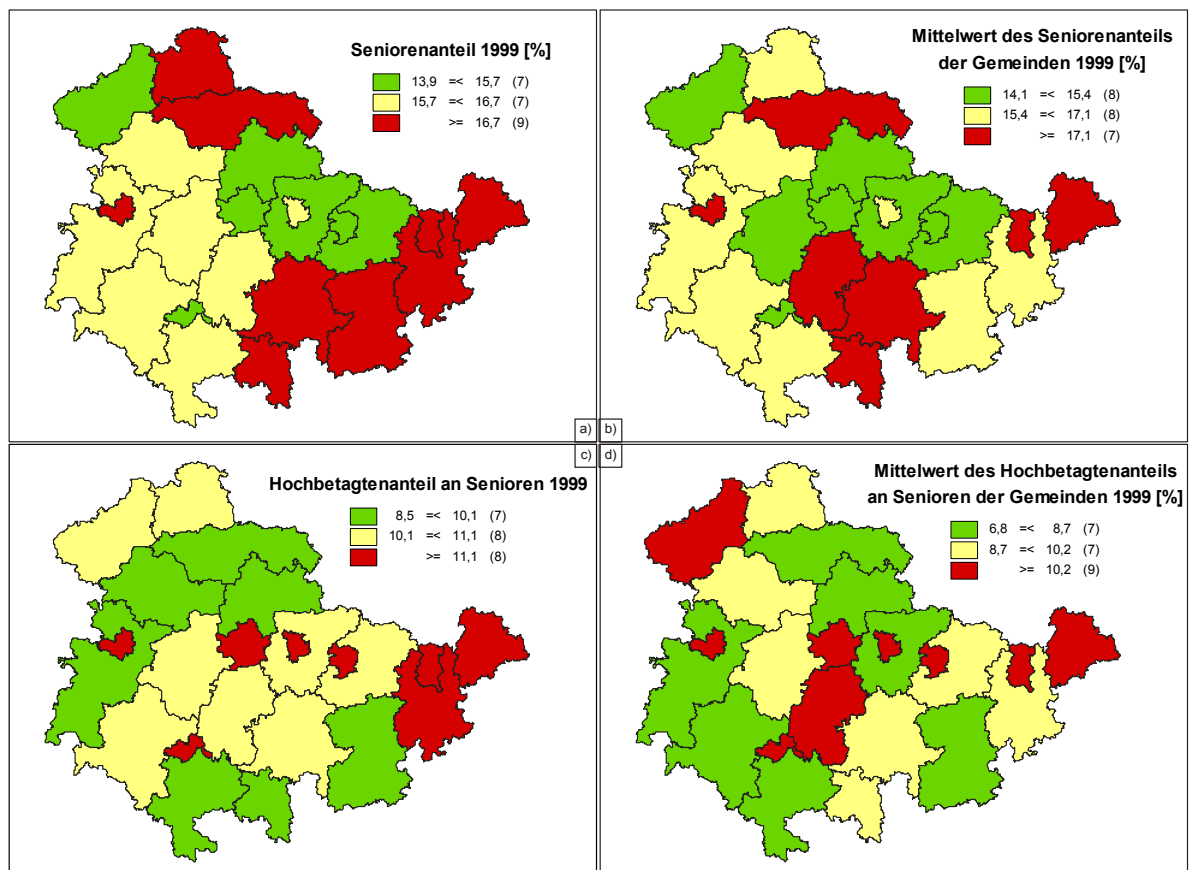
Karte 4-9a zeigt den Seniorenanteil und Karte 4-9c den Hochbetagtenanteil an Senioren (Anteil der Altersgruppe „85 Jahre und älter“ an den Senioren). Durch die gewählte Legendengruppierung um den Mittelwert wird eine Gruppierung von Regionen überdurchschnittlichen Seniorenanteils in den südöstlichen Kreisen und Nordthüringen deutlich.²¹² Die Topologie des Hochbetagtenanteils an den Senioren beschreibt diese Situation nur im Altenburger Land, Saale-Orla-Kreis und der Stadt Jena. Deutlich wird, dass alle kreisfreien Städte überdurchschnittlich hohe Hochbetagtenanteile aufweisen. Die Landkreise hingegen haben einen durchschnittlichen oder unterdurchschnittlichen Anteil.

Mit der Mittelwertbildung der Anteilswerte der Gemeinden eines Kreises wird die Betonung nicht wie beim Kreiswert auf die aggregierte Gesamtbevölkerung bezogen, sondern alle Gemeinden erhalten eine gleiche Gewichtung. Diese Methode betont kleinere Gemeinden oder vielmehr stellt sie diese den großen Gemeinden gleich und kann damit die flächenmäßige Kreisstruktur besser charakterisieren. Nur der Ilmkreis wechselt seine Position zum überdurchschnittlichen Seniorenanteil. Auf der anderen Seite wechseln zwei Kreise im süd-östlichen Thüringen und der Landkreis Nordhausen vom überdurchschnittlichen in die Gruppe des durchschnittlichen Seniorenanteils.

Dieser Fokus auf kleinere oder besser auf die Vielgestaltigkeit der Gemeinden liefert auch beim Hochbetagtenanteil an den Senioren eine neue Erkenntnis: Das Eichsfeld – beim Seniorenanteil unterdurchschnittlich – verändert aufgrund vieler Gemeinden mit hohem Seniorenanteil seine Einordnung vom durchschnittlichen zum überdurchschnittlichen Hochbetagtenanteil (der Ilm-Kreis beschreibt unter den Landkreisen die umgekehrte Verlagerung). Diese Erkenntnis zeigt wiederholt, dass bei den Flächenkreisen eine summierte Kreisstruktur (Kreiswert) die wirkliche Situation in

²¹² Die Vergleichbarkeit der Regionen oder Indikatoren wird mit der Standardisierung in Abschnitt 4.5 deutlich verbessert (s. daher auch die kartographische Darstellung ausgewählter Einflussindikatoren – hier insbesondere den Seniorenanteil – in Karte II-24).

den Gemeinden des Kreises verzerren kann. Analog zu Abschnitt 4.1.2 muss die spezielle Problemstruktur kleinerer Gemeinden in das Indikatorenmodell mit eingehen.



Karte 4-9: Seniorenanteil und Hochbetagtenanteil an Senioren in Landkreisen und kreisfreien Städten 1999

Im Streudiagramm der Abb. 4-3 wird die Entwicklung des Seniorenanteils von 1990 zu 1999 deutlich. Die Mittelwertlinien des jeweiligen Wertes für Thüringen teilen das Ergebnis in vier Quadranten. Der Quadrant links unten beschreibt Kreise mit relativ niedrigen Seniorenanteilen sowohl im Jahr 1990 als auch 1999, umgekehrt oben rechts mit hohen Seniorenanteilen (mit der Spitzenposition beim Altenburger Land).

Von besonderem Interesse ist jedoch der Sachverhalt, dass die meisten Kreise entlang einer gedachten Diagonalen orientiert sind. Diese Diagonale beschreibt den stetigen linearen Anstieg des Seniorenanteils seit 1990.

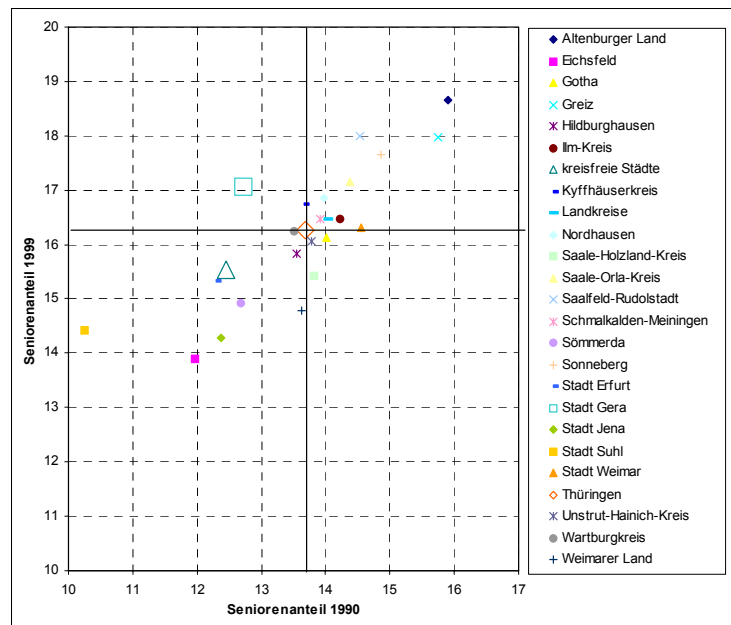


Abb. 4-3: Seniorenanteil der Landkreise und kreisfreien Städte im Vergleich 1990 und 1999

Abweichung von dieser Diagonalen nach „oben“ vollziehen die Kreise, deren Seniorenanteil seit 1990 überproportional stark zugenommen hat. Das sind die Städte Gera und Suhl, wobei Suhl bisher am stärksten gealtert ist und in Zukunft weiter altern wird (Abschnitt 4.4.3).

Diese Gruppierungen sind für die Beurteilung der zu erwartenden Bevölkerungsentwicklung und dem damit verbundenen Anpassungsdruck auf Infrastruktureinrichtungen von Bedeutung.

4.2.3 Pflegepotential

Mit dem Begriff Pflegepotential (PP) soll der Versuch unternommen werden, aus der theoretisch zur Pflege und Hilfeleistung zur Verfügung stehenden Gesamtbevölkerung die Gruppe herauszulösen, die nach den vorliegenden Erfahrungswerten die „Hauptlast“ der nichtprofessionellen Hilfe- und Pflegeleistung trägt und deren Pflegebereitschaft am höchsten ist. Veränderungen im Pflegepotential erlauben Rückschlüsse auf die Notwendigkeit weiterer professioneller Unterstützungen. Im Folgenden wird das sogenannte Tochterpflegepotential nach RÜCKERT (1992) weiterentwickelt.

Nach INFRATEST sind die Pflegepersonen in der häuslichen Pflege überwiegend weiblich und im Alter zwischen 45 und 75 Jahren (die Kindergeneration der zu pflegenden Menschen). Nach Forschungsergebnissen von INFRATEST (1992) umfasst diese Personengruppe 70% der Pflegepersonen von pflegebedürftigen alten Menschen.²¹³ Die Gründe hierfür sind letztlich gleich: Erwerbstätigkeit des Mannes verhindert die Übernahme von familiären Pflichten und Aufgaben. Aber auch das Rollenverhalten des Mannes führt zu der Situation, dass die Pflege von Angehörigen zu den eindeutigen Aufgabenbereichen der Frauen gehört.

Definiert man die Gruppe des sogenannten Frauenpflegepotentials als Frauen im Alter zwischen 45 und 65 Jahren, so stehen in Thüringen theoretisch rund 330.000 Personen zur Verfügung (oft auch Tochterpflegepotential genannt). Bezogen auf die überwiegend auf Hilfe- und Pflege angewiesene Gruppe der betagten Senioren – Personen 75 Jahre und älter – kommen rechnerisch 2,1 Betagte auf je eine Person dieses Frauenpflegepotentials (bzw. 0,5 Personen des Frauenpflegepotentials stehen je einer betagten Person zur Verfügung). Werden als Bezugsgruppe hingegen die Senioren allgemein gewählt, stehen rechnerisch 1,17 Senioren einer Person des Frauenpflegepotentials gegenüber (bzw. 0,86 Personen des Frauenpflegepotentials stehen je einem Senior zur Verfügung).

Diese rein theoretischen Werte können keinesfalls qualitative Wertkriterien vermitteln. Ziel ist es, einen Indikator zu entwickeln, der einen demographischen Faktor für den Bereich Pflege zusammenfassend abbildet. Das theoretische Frauenpflegepotential umfasst die Alters- und Geschlechtsstruktur. Vor den Gesichtspunkten der Pflegeversicherung und den spezifischen Ausprägungen einer höheren Erwerbstätigkeit unter den Frauen in den neuen Bundesländern wird die Altersdifferenzierung nur in einer Variante untersucht:

- FPP: Anzahl Frauen im Alter von 45 bis unter 65 Jahren je Person der Altersgruppe „75 Jahre und älter“ (Betagte und Hochbetagte)

Die Topologie der Anzahl der Personen des Frauenpflegepotentials je Person „75 Jahre und älter“ entspricht weitestgehend den bisher beschriebenen Grundmustern (s. Karte 4-10). Je niedriger der Wert desto ungünstiger ist die Wahrscheinlichkeit, professionelle Pflege durch private/häusliche Pflegepersonen zu substituieren oder zu ergänzen (vgl. auch Anlage Karte II-14).

Charakteristisch für das FPP in den Gemeinden ist, dass es sich in der Regel mit steigendem Seniorenanteil verschlechtert. Mit zunehmendem Seniorenanteil reduziert sich das Verhältnis Personen des Frauenpflegepotentials zu den Betagten um etwas mehr als 1/3 (s. Anlage Abb. II-7).

Gemäß der 9. kBV wird das Pflegepotential in Thüringen stark rückläufig sein. Standen 1998 noch rd. 334.400 Personen zur Verfügung, werden es im Jahr 2020 noch 319.500 und im Jahr 2050 nur noch 208.500 sein. Angesichts der demographischen Alterung ist das Verhältnis aus Personen des Pflegepotentials zur Zielgruppe von besonderer Bedeutung. Im Jahr 1998 kamen auf je eine Person des FPP 0,86 Senioren bzw. 2,1 betagte und hochbetagte Personen. Bis zum Jahr 2020 wird dieses Verhältnis auf rd. 69% des Wertes von 1998 bei den Senioren und rd. 58% bei den betagten Personen abnehmen. Zum Ende der Vorausberechnung im Jahr 2050 wird sich das Pflegepotential (FPP) auf 0,36 (bzw. auf 41,9% des Wertes von 1998) reduzieren (s. Anlage Abb. II-25). Standen demnach 1998 noch rd. 2 potentielle Pflegepersonen für jeden betagten Menschen „75 Jahre und älter“ zur Verfügung, so werden es zukünftig weniger als 0,4 potentielle Pflegepersonen sein. Geht man ferner davon aus, dass diese gewählte Altersgruppe zukünftig anderen Restriktionen unterworfen sein wird, kann kaum noch angenommen werden, dass das zukünftige Pflegepotential eine nennenswerte Pflegebasis bilden wird.²¹⁴

²¹³ RÜCKERT (1992) verweist auf mögliche andere Altersgruppeneinteilungen, da die gewählten Altersgruppen zeitabhängig sind und wahrscheinlich sich mit steigender Lebenserwartung nach oben verschieben werden.

²¹⁴ Aufgrund z.B. der Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit bei insgesamt rückläufigen Erwerbspersonen, der Familiengröße usw.

Das FPP wird sich auch in den Kreisen sehr unterschiedlich entwickeln (Abb. 4-4). Die rechten Quadranten beinhalten Kreise, die 1999 ein überdurchschnittlich „gutes“ FPP hatten. Dagegen enthalten die unteren Quadranten Kreise, die eine überdurchschnittlich negative Entwicklung des FPP bis 2020 bzw. ein überdurchschnittlich „ungünstiges“ FPP im Jahr 2020 erwarten lassen (s. Abschnitt 4.4 zur Bevölkerungsentwicklung in Thüringen). Insgesamt werden alle kreisfreien Städte eine deutlich negative Entwicklung vollziehen (mit der Ausnahme der Stadt Weimar). Die Extremposition wird auch hier von der Stadt Suhl besetzt.

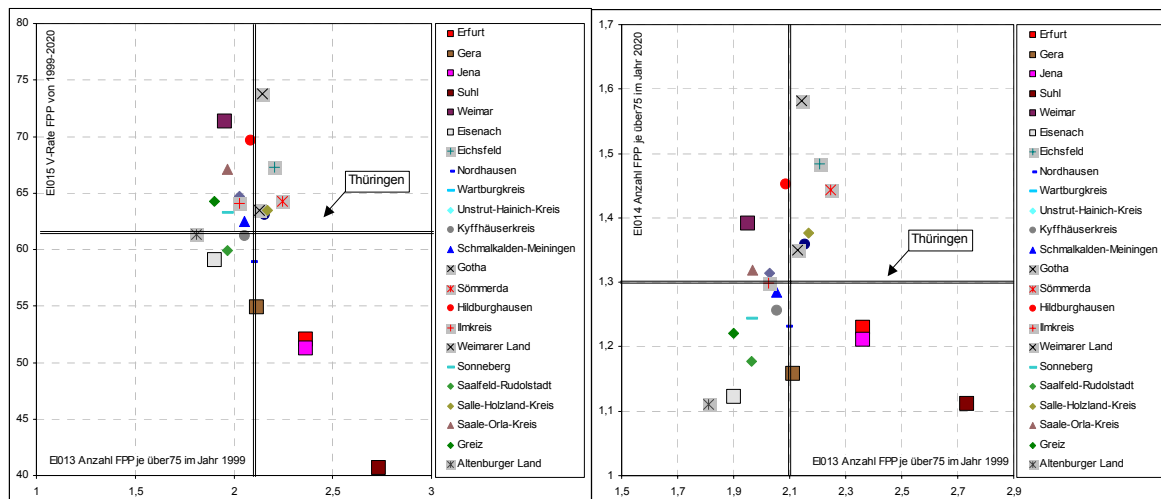
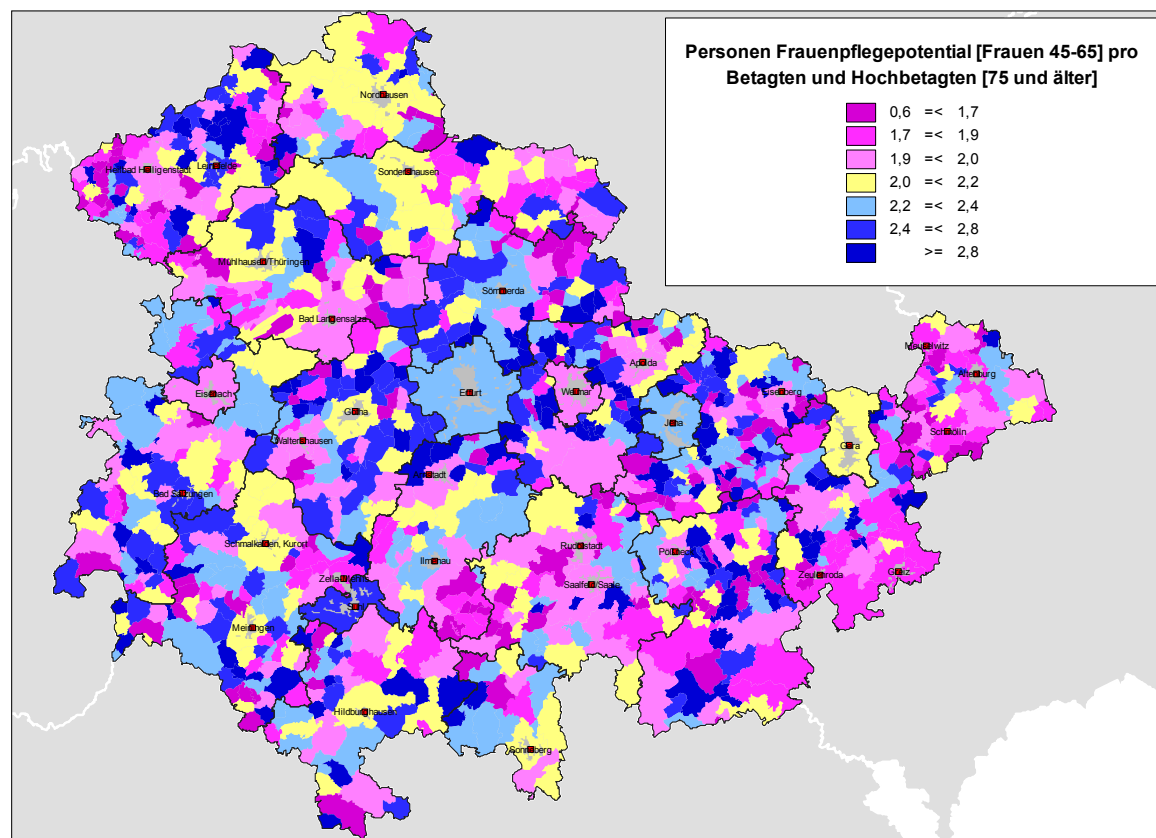


Abb. 4-4: Frauenpflegepotential (FPP) je Person „75 Jahre und älter“ 1999 und 2020 sowie Entwicklung bzw. Abnahme in Prozent (1999 = 100%) bis 2020

Diese Entwicklung zeigt die Diskrepanz zu den Erwartungen und Grundvoraussetzungen der Pflegeversicherung. Ein zentraler Punkt bei der Finanzierung der Pflegeversicherung ist ein (möglichst) hoher Anteil von Pflegegeldleistungsempfängern. Pflegegeldleistung setzt privat organisierte häusliche Pflege durch Angehörige und/oder Freunde voraus.



Karte 4-10: Topologie des Pflegepotential am 31.12.1997 nach Gemeinden

4.3 Soziodemographische Indikatoren

Von den 617.800 Senioren lebten nach Ergebnissen des Mikrozensus (vgl. TLS 2000D und TLS 2001) 600.900 in privaten Haushalten und 16.900 wohnten in Seniorenheimen bzw. anderen Gemeinschaftseinrichtungen (das sind 2,8%). 30% (185.800 Senioren) lebten in Einpersonenhaushalten (darunter in 82% dieser Haushalte Frauen). Unter den verwitweten älteren Menschen lag der Anteil der Frauen ebenfalls bei 82%. Mit 368.900 Personen war der überwiegende Teil (60%) der Thüringer Senioren verheiratet. Zudem lebten 41.900 Kinder in „Seniorenfamilien“. Das waren 8.900 Kinder bzw. 27% mehr als zum gleichen Zeitpunkt 1991. Ohne Kinder lebten in Thüringen 373.700 Seniorenfamilien. Anzunehmen ist, dass von den soziodemographischen Merkmalen der Bevölkerung weitere pflegedeterminierende Differenzierungen zur Bedarfslage, Inanspruchnahme aber auch zur Struktur der Pflegebedürftigkeit zu erwarten sind.

4.3.1 Haushaltsgröße und Familienstand

Die Haushaltssituation älterer Menschen ist stark mit ihrem Netz verlässlicher Hilfe- und Pflegepersonen korreliert. Insbesondere der Indikator Einpersonenhaushalte hat hier eine große Bedeutung. Er zeigt zwar kein direkt fehlendes Unterstützungspotential durch Kinder und Verwandte an, doch zahlreiche Untersuchungen weisen eindeutig darauf hin, dass Senioren in Einpersonenhaushalten über ein geringer ausgeprägtes soziales Netz verfügen.²¹⁵ Sie sind bei Pflegebedürftigkeit eher auf professionelle Leistungen angewiesen als Pflegebedürftige in Mehrpersonenhaushalten.

Im Unterschied zu den alten Bundesländern sind in den neuen Bundesländern nicht die Einpersonenhaushalte der Haushaltstyp mit dem größten prozentualen Anteil, sondern noch die Zweipersonenhaushalte. Am häufigsten unter den Bewohnern von Einpersonenhaushalten ist die Altersgruppe der Senioren ab 65 Jahre vertreten. Ihr Anteil sinkt jedoch tendenziell zugunsten jüngerer Altersgruppen. Das ergibt sich nicht nur durch eine steigende Zahl von jüngeren Singles, sondern auch durch eine sinkende Zahl älterer alleinstehender Personen. Hierbei wird ein neuer Trend erkennbar: der Anteil alleinlebender älterer Menschen geht zurück. Es rücken Geburtsjahrgänge in das Seniorenalter auf, die nicht mehr überproportional von Kriegsverlusten gekennzeichnet sind. Im Langzeittrend des Mikrozensus für Thüringen ist diese Entwicklung aber noch nicht abzulesen.

Der allgemeine Trend zu kleineren Haushalten ist in Thüringen aber seit 1991 unverändert. Der Anteil Einpersonenhaushalte nahm kontinuierlich auf gegenwärtig rd. 32% zu. Im April 2001 lebten 2,427 Mio. Thüringer in 1,104 Mio. Privathaushalten. Davon waren 32,7% Einpersonenhaushalte. (2000: 31,8% und 1991: 24,6%). Die Zweipersonenhaushalte nahmen seither ebenfalls zu. Seit 1991 ging die Anzahl der Haushalte mit drei und mehr Personen um fast ein Fünftel zurück. Diese Entwicklung bewirkte eine Verringerung der durchschnittlichen Haushaltsgröße von 2,45 Personen 1991 auf 2,20 Personen im April 2001 (s. Anlage Abb. II-10).²¹⁶

Die Haushaltsgröße nimmt in Thüringen mit steigendem Alter drastisch ab. In der Altersgruppe 60 bis unter 65 leben noch 85% in Mehrpersonenhaushalten und nur 16% allein. Im Alter von 70 bis unter 75 ist das Verhältnis bereits 70:30 und ab 75 Jahren leben über die Hälfte in einem Einpersonenhaushalt. Dieser allgemeine Trend verläuft zudem geschlechtsspezifisch. Während Männer mit 75 Jahren und älter nur zu rd. ¼ allein leben sind es bei den Frauen knapp 70% (s. Anlage Abb. II-11). Lebten früher ein großer Teil der älteren Generation mit ihren Kindern bzw. Enkeln zusammen, ist der Mehrgenerationenhaushalt heute die Ausnahme. Nur jeder 9. Senior lebt laut Mikrozensus in einem Zweigenerationenhaushalt, nur jeder 55. lebt in einem Dreigenerationenhaushalt.

Einen engen Zusammenhang zur Haushaltsgröße und einen ebenfalls signifikanten Einfluss auf die Pflege und Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen hat der Familienstand. Aufgrund des Alters ist der Umstand, dass unter den Senioren der Anteil verwitweter Personen sehr hoch ist, wenig bemerkenswert. Erstaunlich ist jedoch, dass INFRATEST (1992) feststellte, dass Alleinstehende (verwitwete, geschiedene oder ledige Personen) gegenüber verheirateten Personen ein generell höheres Pflegerisiko aufweisen. Infolge der Erkenntnis, dass das soziale Netz überwiegend auf

²¹⁵ Nach INFRATEST (1992) und SCHUBERT (1990) weisen die Einpersonenhaushalte der Altenbevölkerung den höchsten Anteil von Personen auf, die nicht einmal eine Hilfeoption angeben können und zugleich den niedrigsten Anteil von Personen, die ein verlässliches Hilfenetz von drei und mehr Personen haben.

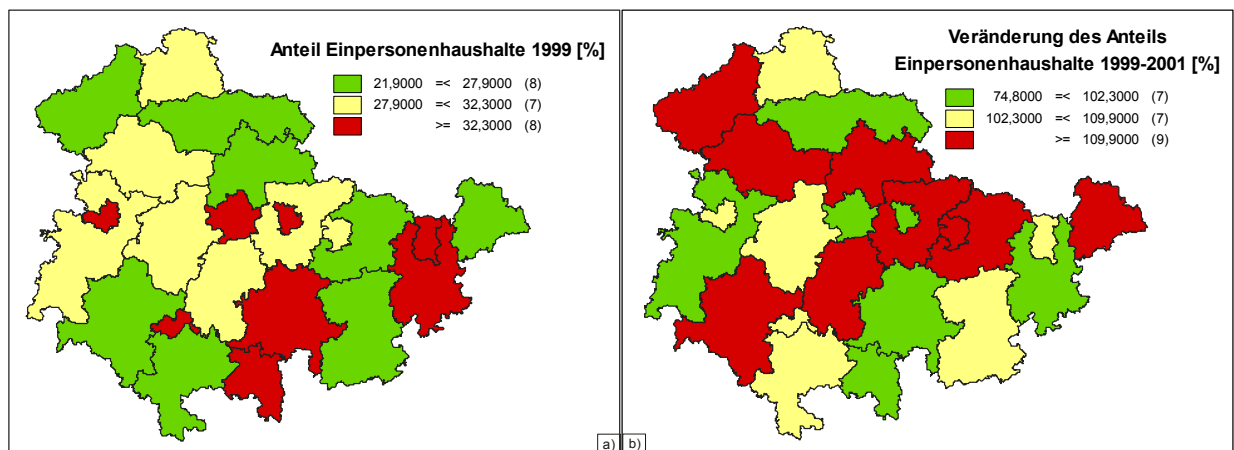
²¹⁶ Vgl. TLS Pressemitteilung 015/2002, Erfurt, 18.01.2002.

familiären Beziehungen beruht (sehr viel stärker als auf Freunde, Bekannte und Nachbarn), ergibt sich ein weiteres negativ verstärktes Pflegerisiko für die Alleinstehenden.

Aufgrund der Umfrageergebnisse dieser Arbeit ist eine deutlich größere Institutionalisierungswahrscheinlichkeit in der stationären Pflege bei alleinstehenden Menschen nachweisbar (s. Abschnitte 5.2.2 und 5.2.3.5). Die Untersuchungen von SCHUBERT (1990) oder INFRATEST (1994) kommen zu ähnlichen Ergebnissen. In stationären Pflegeeinrichtungen leben im Vergleich zur Gesamtbevölkerung der Altersgruppe und zu den Empfängern ambulanter Pflegeleistungen überdurchschnittlich viele verwitwete, geschiedene oder ledige Personen. Ein Großteil der Senioren, die allein in einem eigenen Haushalt leben, sind von der jüngeren Generation räumlich tatsächlich weitgehend isoliert. Der generationsübergreifende Kontakt wird in allen Untersuchungen als sehr gering eingestuft.

In Thüringen sind unter den älteren Menschen nur rd. 4% ledig. Der überwiegende Anteil ist verheiratet bzw. verwitwet. Mit zunehmendem Alter verschiebt sich das anfängliche Verhältnis verheiratet zu verwitwet von 78%:12% in der Altersgruppe „60 bis unter 65“, auf 29%:61% bei einem Alter von „75 Jahren und älter“. Dabei sind wiederum geschlechtsspezifische Muster stark ausgeprägt (vgl. Anlage Abb. II-13). Durch den früheren Tod der Ehemänner sind Frauen zeitiger verwitwet als Männer und müssen die Folgen und Veränderungen allein tragen (insbesondere die „neue“ und oft ungewohnte Situation eines Einpersonenhaushaltes, zunehmende Einsamkeit, usw.)

In den Kontext der Haushaltsgröße und des Familienstandes reiht sich der Aspekt der Kinderlosigkeit ein. Für alle Haushalte ist ein Trend zu „Alleinstehenden ohne ledige Kinder“ zu verzeichnen (Anlage Abb. II-14). Zukünftig werden immer mehr Menschen zeitlebens kinderlos bleiben. Diese strukturellen Singlehaushalte haben nicht nur ein empirisch höheres Pflegebedürftigkeitsrisiko, sondern führen mangels familiärer Unterstützung zu einem großen professionellen Pflegebedarf.



Karte 4-11: Einpersonenhaushalte 1999 und Entwicklung 1999 bis 2001

Ein kaum durch die amtliche Statistik quantifizierbarer Wert sind Angaben zur Häufigkeit der Hilfe in den (Senioren-)Haushalten. Durch den Mikrozensus (TLS 2000D) wurde ermittelt, dass insgesamt rd. 4% der Bevölkerung einen Hilfebedarf im April 1999 hatte. Nach Altersgruppen liegt der Hilfebedarf bei den 65-75-jährigen bei 8% und bei den über 75-jährigen bei rd. 32% der entsprechenden Altersgruppe. Diese Relationen spiegeln in etwa auch die in den Umfragen des Autors festgestellten Werte wieder. Zur Häufigkeit der Hilfe gibt es fast nur zwei Gruppen:

- 35% mit Hilfebedarf von dreimal am Tag und
- 37% mit ganztägigem Hilfebedarf.

Der Hilfebedarf und die Häufigkeit sind stark geschlechtsspezifisch. Haben Frauen einen Schwerpunkt bei der einmaligen Hilfe pro Tag, so ist der männliche Hilfebedarf insgesamt zu dreimal pro Tag (37%) bzw. ganztägig (41%) verschoben.

Regionalisierte Ergebnisse zum Hilfebedarf im Alter liefert der Mikrozensus in Thüringen nicht. Mit den Erhebungen des Autors können jedoch regional differenzierte und pflegespezifizierte Aussagen gemacht werden (s. Abschnitt 5.2.3). Rückschlüsse auf die Sozialstruktur und den allgemeinen Hilfebedarf im Alter sind dadurch allerdings kaum möglich. Als Indikator kann daher nur der Anteil der Einpersonenhaushalte in das Indikatorenmodell einfließen. Einen hohen Anteil an Ein-

personenhaushalten haben alle kreisfreien Städte. Weitere charakteristische Strukturen werden aus Karte 4-11 nicht deutlich. Die Entwicklung der vergangenen zwei Jahre zeigt jedoch eine starke Zunahme der Einpersonenhaushalte nördlich und südlich der Thüringer Städtereihe.

4.3.2 Gebäudestruktur bzw. Wohneigentum

Die private häusliche Pflege, genauer gesagt die Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen, wird vom Indikator Wohneigentum signifikant beeinflusst. Dies bestätigten bisher alle Untersuchungen zur Pflegebedürftigkeit (u.A. bei NAEGELE 1995). Eine hohe Wohneigentumsrate verhindert bzw. schiebt eine Inanspruchnahme stationärer Pflegeleistungen auf. Wohneigentum begünstigt die Aufrechterhaltung regelmäßiger Kontakte zu Verwandten, Nachbarn und Freunden und steigert somit das Unterstützungspotential durch informelle Netze (vgl. dazu DZA 1991).

Ältere Menschen in Mietwohnungen können seltener bzw. weniger verlässliche Helfer für Notfälle angeben, oder die Helfer wohnen räumlich für eine verlässliche Hilfe zu weit weg. So hat der Indikator Wohneigentum einen negativ signifikanten Einfluss auf das Institutionalisierungsrisiko (vgl. SPIEB 1993). Begründet wird dies u.a. mit der größeren Hemmung seitens der Pflegebedürftigen oder ihrer Angehörigen, das Immobilienvermögen durch die Pflege zu verbrauchen. Das Wohneigentum ist auf dem Land höher als in der Stadt. Es ist daher von deutlichen regionalen Unterschieden auszugehen.

Aufgrund der Gebäude- und Wohnraumstatistik des TLS kann nur für das Jahr 1995 ein Eigentumsindikator gebildet und untersucht werden (in der Beschreibung fehlt die Eigentumsangabe). Sowohl die Gebäudestruktur als auch die konkrete Wohnraumstruktur werden als weiteres Abgrenzungskriterium für die Wohnsituation in den Regionen herangezogen (Kreiswerte).

In mehr als 80% der Gemeinden haben Ein- und Zweifamilienhäuser einen Anteil von über 90% an der gesamten Wohnbevölkerung. Rund 4% der Gemeinden haben einen Anteil von 25% und mehr an Gebäuden mit 3 und mehr Wohnungen. Der Einfamilienhausanteil ist mit über 60% im nördlichen Thüringen am höchsten. Ebenso liegt die Wohneigentumsquote in den Landkreisen bei bis zu 50% und in den Städten deutlich unter 40% (s. Anlage Karte II-15).

4.3.3 Arbeitslosigkeit, Frauenerwerbstätigkeit und Sozialhilfestruktur

Mit der Arbeitslosigkeit können zusammenfassend Situation und Defizite der Wirtschaftsstruktur einer Region dargestellt werden. Daraus ergeben sich u.U. Rückschlüsse auf die ökonomische Situation der Bevölkerung und resultierende mögliche Verhaltensmuster bei Pflegebedürftigkeit. Bei höherer Arbeitslosigkeit ist von einer prinzipiell höheren Pflegebereitschaft auszugehen, da sowohl das Zeitbudget für die Pflege theoretisch größer ist, als auch die Pflegeversicherung als eine Form zusätzlichen Einkommens dienen kann. Dieser Ansatz kann durch die Mitberücksichtigung der gemeldeten Arbeitssuchenden ohne Anspruch auf Leistungen ergänzt werden (Arbeitslose und gemeldete Arbeitssuchende ergeben in der Summe die Arbeitssuchenden insgesamt).

Das Arbeitsamt veröffentlichte erstmals 2001 regionale Daten zum Arbeitsmarkt.²¹⁷ Bisher ist dem Autor jedoch noch keine Arbeit bekannt, die diese detaillierten und regionalisierten Angaben im räumlichen Kontext analysiert hat. In Anlage II werden daher weiterführende Detailuntersuchungen zur gemeindenahen Betrachtung der Arbeitslosigkeit dargestellt, die im Kontext der Zielstellung allerdings nur informativen Charakter haben (s. Anlage Karte II-17 und Karte II-18).

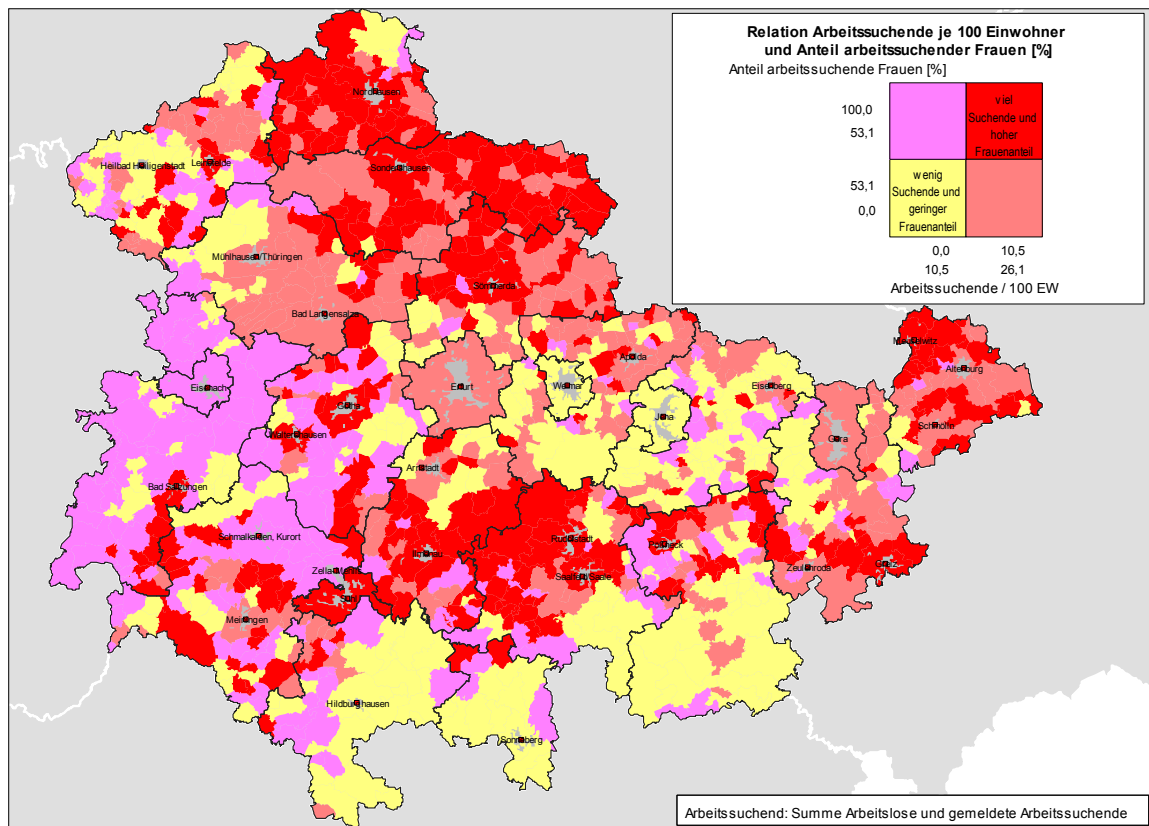
Für den interregionalen Vergleich werden Arbeitslose und/oder Arbeitssuchende pro 100 Einwohner ermittelt. Diese Größenordnung ist nicht vergleichbar mit der Arbeitslosenquote, da die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der differenzierten Gemeindegliederung nicht verfügbar ist.²¹⁸ In Thüringen bildet die Arbeitslosigkeit im Norden und Osten eindeutige Schwerpunkte (s. Anlage Karte II-17).

Ein weitere Differenzierung muss nach dem Anteil der Frauen sowie theoretisch nach Altersgruppen erfolgen, da Pflegepersonen überwiegend weiblich sind. Karte 4-12 bildet die Relation der Arbeitssuchenden insgesamt zum Anteil der Frauen an den Arbeitssuchenden ab. In Regionen mit

²¹⁷ Datenquelle: <http://www.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/detail/index.html>, Stand 02.05.2002.

²¹⁸ Die Gliederung der Arbeitslosen und Arbeitssuchenden erfolgt nach dem Wohnortprinzip, d.h. erfasst wurden alle sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, die in der betreffenden Gemeinde wohnen, unabhängig davon wo sie arbeiteten.

hohem Arbeitssuchendenanteil ist das Pflegepotential und die Pflegebereitschaft theoretisch höher. Aber auch Regionen mit unterdurchschnittlichem Arbeitssuchendenanteil, aber hohem Anteil arbeitssuchender Frauen, entsprechen dieser Annahme. Ein direkter Zusammenhang zur Pflegebereitschaft ist statistisch nicht eindeutig festzustellen. Es wird jedoch ein prinzipieller Zusammenhang postuliert, der sich u.a. auch in einem deutlich höheren Pflegegeldleistungsempfängeranteil in den nördlichen Thüringer Regionen niederschlägt (s. Abschnitt 5.3.3).



Karte 4-12: Topologie der Arbeitssuchenden (inkl. Arbeitsloser) in den Gemeinden im Dezember 2000

Ende 2001 waren in Thüringen unter den 50.240 gemeldeten Sozialhilfeempfängern (im Jahr 2000: 47.724) rd. 5,3% 60 Jahre und älter.²¹⁹ 61,3% aller Sozialhilfeempfänger sind im erwerbsfähigen Alter. Unter den Sozialhilfeempfängern erhielten 2001 26.528 Thüringer „Hilfen in besonderen Lebenslagen“. Weit über die Hälfte (55,1%) der Leistungsempfänger nahm Eingliederungshilfe für Behinderte in Anspruch (mit einem Durchschnittsalter der Empfänger von 28,9 Jahren).

Insgesamt 4.602 Personen erhielten „Hilfe zur Pflege“²²⁰. Im Vergleich zum Jahr 2000 rd. 2% weniger. Der Anteil der Empfänger von „Hilfen zur Pflege“ an den Empfängern von „Hilfen in besonderen Lebenslagen“ ist um 1,8 Prozentpunkte im Vergleich zum Jahr 2000 zurückgegangen. Im Durchschnitt waren die Personen mit „Hilfe zur Pflege“ 67,4 Jahre alt.

Art und Struktur der Sozialhilfe sind regional nur schwer zu erfassen. Das Indikatorenmodell berücksichtigt daher den Anteil Sozialhilfeempfänger nach Leistungsarten und Wohngeldempfänger nur auf Kreisebene. Alle Werte haben eher einen allgemeinen Charakter, da Angaben über die „Hilfe zur Pflege“ nicht regionalisiert vorliegen (s. Anlage Karte II-16).

4.4 Bevölkerungsentwicklung

Vor der Wende 1989/90 verlief die Bevölkerungsentwicklung in Thüringen weitgehend ausgeglichen, d.h. dass seit Ende der 60er Jahre sich in Thüringen eine relative Beruhigung der demographischen Bewegungen eingestellt hat (vgl. HENGELHAUPT 1993: 51). 1965 lebten in Thüringen 2,747 Mio. Einwohner. Fast ohne Ausnahme war bis 1989 ein jährlicher Geburtenüberschuss von

²¹⁹ Vgl. TLS Pressemitteilung 151/2002, Erfurt, 12.6.2002.

²²⁰ Unterkategorie der „Hilfen in besonderen Lebenslagen“ mit einem Anteil im Jahr 2001 von 17,3%.

durchschnittlich 1.500 Personen zu verzeichnen.²²¹ Die DDR-Binnenwanderung wies eine durchschnittliche jährliche Mobilitätsrate von 15 bis 17 Wanderungsfällen über die Kreisgrenzen pro 1.000 Einwohner auf. Diese jährlichen Wanderungsverluste wurden im wesentlichen durch den Geburtenüberschuss kompensiert.

4.4.1 Bisherige Bevölkerungsentwicklung bis 2000

Seit 1989 kam es in Thüringen zu einer dramatischen Abnahme der Einwohnerzahl. In nur einem Jahr von 1989 bis 1990 nahm die Bevölkerung in Thüringen um 2,7% (rd. 72 Tsd. EW) dramatisch ab. Bis 1992 kam es zu einem weiteren Bevölkerungsverlust von zusammen rd. 2,5%. In den Folgejahren ging die Abnahme etwas zurück und pendelte sich bei 0,5 bis 0,6% Bevölkerungsrückgang pro Jahr ein. Der Bevölkerungsverlust im Jahr 2000 lag jedoch mit 0,7% Abnahme leicht darüber (s. Abb. 4-5). Insgesamt hat dadurch Thüringen seit 1989 bis ins Jahr 2000 rd. 292 Tsd. Einwohner verloren. Das entspricht einem Bevölkerungsrückgang um insgesamt rd. 9,4%.

Der Bevölkerungsrückgang spiegelt sich in der Altersstruktur der Bevölkerung wieder. Vor der Wende ging in Thüringen der Seniorenanteil in den 80er Jahren stetig zurück (auf 13,2% im Jahr 1988). Seit der Wende 1989/90 setzte dann eine zunehmende Alterung der Bevölkerung ein. Im Laufe der 10 Jahre von 1989 bis 1999 nahm die Altersgruppe der Senioren um rd. 12% zu. Der Seniorenanteil stieg im gleichen Zeitraum um rd. 22% auf aktuell 16,3% an (s. Anlage Abb. II-15).

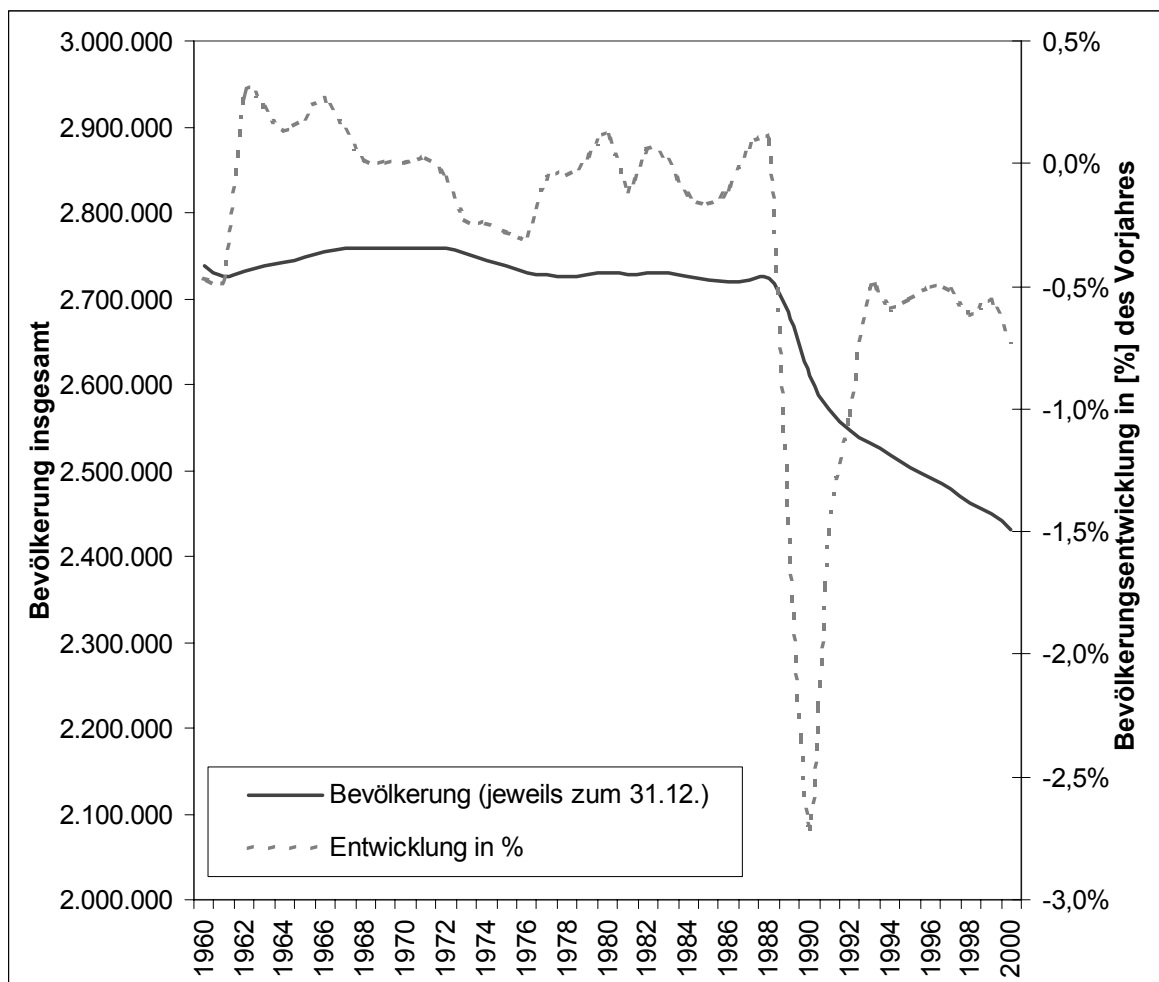


Abb. 4-5: Entwicklung der Bevölkerung Thüringens 1960 bis 2000

Ursache für diesen Bevölkerungsrückgang und die Alterung der Bevölkerung in Thüringen ist das negative Gesamtwanderungssaldo und ein bisher einzigartiger Geburtenrückgang. Im Vordergrund stehen hohe Wanderungsverluste der Nachwendejahre und ein Einknicken der Geburten seit

²²¹ Mit der Ausnahme eines Sterbefallüberschusses Mitte der 70er Jahre, der u.a. durch die gesetzliche Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs und dem damit verbundenen zeitweiligen Absinken der Geburtenrate von 17 auf 11 Lebendgeburten je 1.000 Einwohner ausgelöst wurde.

1989/90. Zwar normalisierten sich die Wanderungsverluste kurzzeitig wieder, das natürliche Wanderungssaldo bleibt jedoch negativ (vgl. Abschnitte 2.1.3 und 2.1.4 sowie Anlage Abb. II-16).

Die gemeindespezifische Betrachtung zeigt gravierende regionale Unterschiede bei der Bevölkerungsentwicklung. Topologisch wird in etwa das bisher bekannte Bild skizziert (vgl. z.B. Seniorenanteil Karte 4-6). Grundsätzlich können folgende Feststellungen gemacht werden (Karte 4-13):²²²

1. Abnahme der Bevölkerung in den Städten.
2. Relative Stabilität der Bevölkerung in den meisten ländlichen Räumen.
3. Bevölkerungszunahme im Umland der größeren Städte, insbesondere entlang der Thüringer Städtereihe.
4. Konzentration hoher Abnahmeraten in Gemeinden im östlichen Nordthüringen, Thüringer Wald und im Altenburger Land.
5. Starke Pendlerwanderungen mit den alten Bundesländern in grenznahen Regionen.

Analog zur Bevölkerungsentwicklung veränderte sich auch die Bevölkerungsdichte relativ zum Stand 1989 (s. Anlage Karte II-19b).

4.4.2 Regionale Bevölkerungsbewegung und altersspezifische Migrationsanalyse

Die Bevölkerungsentwicklung setzt sich aus den Komponenten der natürlichen (Geburten und Sterbefälle) und der räumlichen (Zu- und Fortzüge) Bevölkerungsbewegung zusammen. Das Gesamtsaldo ist die Basis für eine Zu- bzw. Abnahme der Bevölkerung einer Region oder Gemeinde.

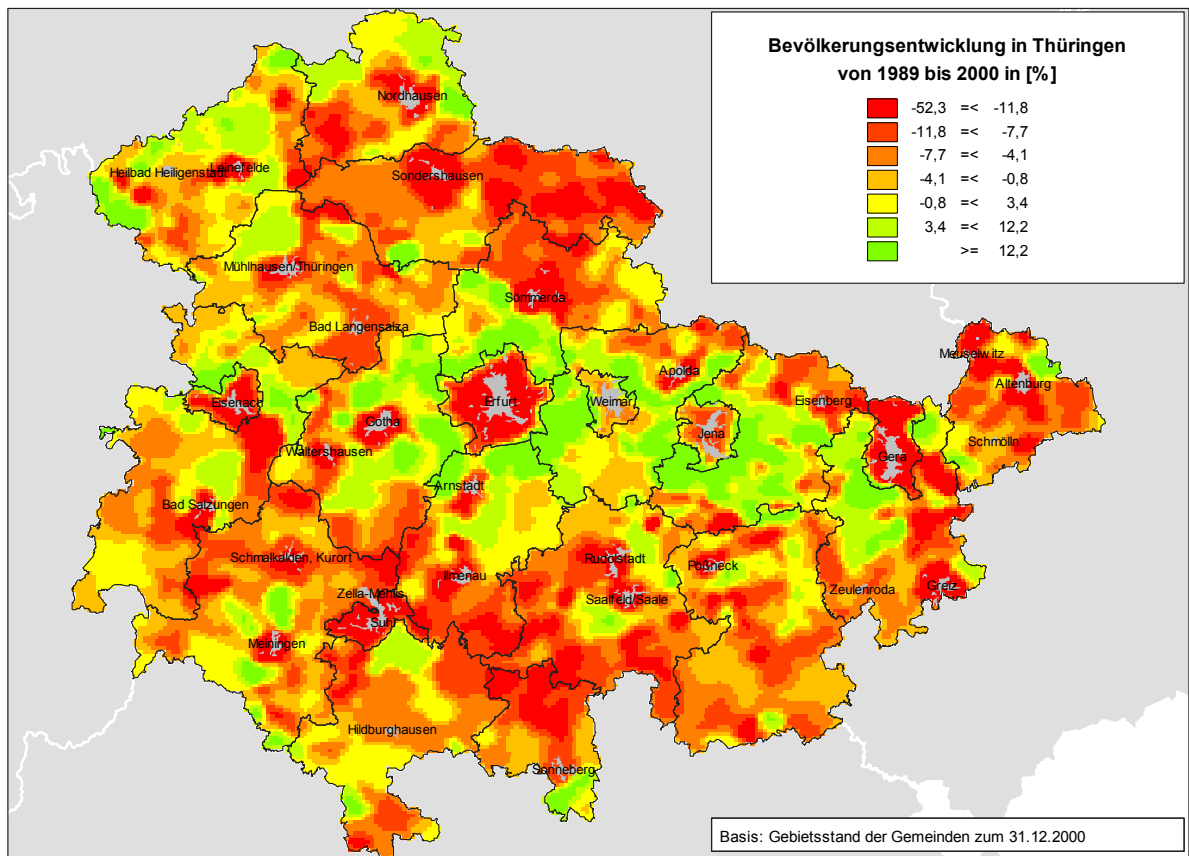
Hinweise auf grundsätzliche regionale Unterschiede der Lebensbedingungen und Lebensqualität bzw. Ausdruck individueller Situationen ermöglicht der Vergleich von natürlicher und räumlicher Bevölkerungsentwicklung (Karte 4-14). Regionen überdurchschnittlich hoher Abwanderung (Wanderungsverluste)²²³ und Sterbeüberschüsse verzeichnen den höchsten Bevölkerungsrückgang. Rund 32% der Gemeinden haben eine solche negative Kumulation. Das andere Extrem bilden die Regionen, die sowohl einen Wanderungsgewinn als auch einen Geburtenüberschuss erzielen (knapp 20% der Gemeinden). Diese Topologie ist jedoch nicht eindeutig ausgeprägt. In der Aggregation auf Kreisebene ergeben sich aber eindeutige Abwanderungszentren. In der Stadt Suhl wurde die höchste Abwanderungsrelation erreicht (s. Anlage Karte II-20).

Das räumliche Wanderungsverhalten der Bevölkerung wird hauptsächlich von der Altersgruppe zwischen 16 und 35 bestimmt (berufliche Wanderung, Familiengründung u.ä.). Im Kontext der vorliegenden Arbeit wird das spezifische Wanderungsverhalten der Senioren über die Landesgrenzen Thüringens untersucht. Von 1995 bis 1999 verzeichnet Thüringen durchgehend einen Wanderungsgewinn bei den Senioren. Insgesamt zogen 2.856 Senioren in diesem Zeitraum nach Thüringen. Das sind 11,3% aller Migranten. Davon entfallen 44% auf die Gruppe der 65 bis 74-jährigen, rd. 34% auf 75 bis 84-jährigen und rd. 22% auf 85-jährige und älter. Der jährliche Wanderungsgewinn unter den Senioren war bis 1997 verhältnismäßig gleich hoch bei rd. 700 pro Jahr. Seit 1998 ging dieser Wanderungsgewinn auf rd. 400 zurück (s. Anlage Abb. II-17).

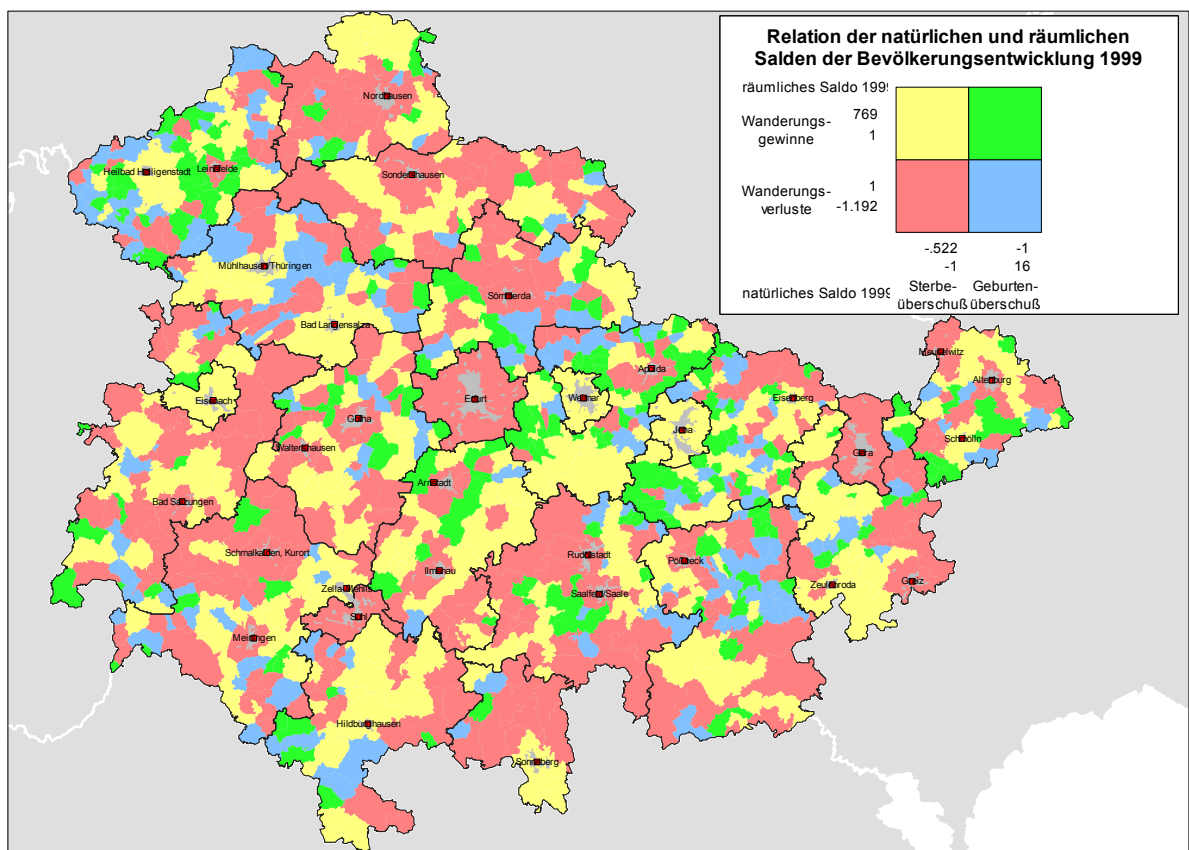
Aussagen zu den Gründen der Seniorenmigration sind kaum möglich. Ein Teil entfällt auf die stationäre Pflege (s. pflegebedingte Wanderung in Abschnitt 5.2.3.8). Dieses pflegebedingte Wanderungsgeschehen erklärt auch den Rückgang der Wanderungsgewinne bei den Senioren, da seit 1998 die Pflegeheimplatzvergabe, aufgrund der Landespflegepläne des Autors, verstärkt nach der regionalen Bedarfslage bzw. der regionalen Herkunft der Pflegebedürftigen vorgenommen wird. Für die Wanderung insgesamt ist charakteristisch, dass mit zunehmendem Alter der Migranten der Anteil verwitweter Personen zunimmt. Die Umzugsbereitschaft steht damit auch in Zusammenhang mit dem Familienstand und möglicherweise mit einem (fehlenden) Unterstützungspotential. So ist anzunehmen, dass ein Teil dieses Personenkreises aus Familiennachzügen besteht oder die Angehörigen eine stationäre Pflege in Thüringen bevorzugen (s. Anlage Abb. II-18).

²²² Vgl. auch Detailanalysen Anlage Karte II-19.

²²³ Insgesamt stellen Wanderungen einen sensiblen Indikator für das Ausmaß regionaler Disparitäten dar und sind damit auch ein Messkonzept für die örtlichen Lebensbedingungen.



Karte 4-13: Topologie der Bevölkerungsentwicklung in den Gemeinden Thüringens von 1989 bis 2000



Karte 4-14: Topologie der Relation von natürlichen und räumlichen Bevölkerungsentwicklungssalden der Gemeinden Thüringens 1999

4.4.3 Zukünftige Bevölkerungsentwicklung in Thüringen

Die 9. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung (9. kBV) für den Freistaat Thüringen des Thüringer Landesamt für Statistik (TLS) ist ein Teilergebnis der auf Bundesebene koordinierten Vorausberechnung (TLS 2000). Ausgangspunkt ist die Bevölkerungszahl zum 31.12.1997. Die Vorausberechnung geht von den auf Bundesebene getroffenen Annahmen aus und unterlegt diese mit landesspezifischen Annahmen und Erkenntnissen der vergangenen Jahre:

1. **Fertilität:** Die Fertilität ist in Thüringen von 0,772 im Jahr 1994 sukzessiv auf 1,102 Kinder pro Frau im Jahr 1998 angestiegen. Die Reproduktionsquote lag damit 1998 etwa bei 52%. Zur einfachen Reproduktion der Bevölkerung sind 2,1 Kinder erforderlich. Das Niveau in den alten Bundesländern liegt relativ konstant bei 1,4 Kindern. Es wird angenommen, dass eine Angleichung an die alten Bundesländer im Jahr 2005 erreicht wird. Ab dem Jahr 2006 wird die Fertilität mit konstant 1,4 angenommen. Ferner wird auch das durchschnittliche Alter der Mütter bei Geburt ihrer Kinder bis 2005 angeglichen sein.
2. **Mortalität:** Die Lebenserwartung hat sich seit 1990/92 in Thüringen bei neugeborenen Jungen um 2,3 und bei neugeborenen Mädchen um 2,4 Jahre erhöht. Eine Angleichung an die alten Bundesländer mit dem Stand 1999 wird ab 2005 erwartet. Eine allgemein gleiche Lebenserwartung in Ost und West wird erst 2025 absehbar (neugeborene Jungen bei 76,2 Jahren und neugeborene Mädchen bei 82,6 Jahren). Im Jahr 2050 wird eine Lebenserwartung bei Jungen von 78,1 Jahren und 84,5 Jahren bei Mädchen angenommen.
3. **Binnenmigration:** Thüringen hat nach wie vor Wanderungsverluste in der Größe von jährlich 5.000 bis 8.000 Personen in die anderen Bundesländer. Ein ausgeglichenes Wanderungssaldo wird ab 2016 erwartet. Insgesamt ist ein Binnenwanderungsverlust von 100.300 Personen angesetzt worden.
4. **Außenmigration:** In Variante 1 wird von jährlich 100.000 (ab 2003) und in Variante 2 von jährlich 200.000 Personen Außenwanderungsgewinn für die gesamte Bundesrepublik ausgegangen (ab 2008). Entsprechend der Aufnahmequote von 3,3% und der Entwicklung der letzten Jahre entspricht dies einem jährlichen Gewinn für Thüringen von 2.500 Personen (Variante 1) bzw. 5.000 Personen (Variante 2).

Auf dieser Grundlage errechnet die 9. kBV für Thüringen einen Bevölkerungsrückgang bis 2050 um 748.000 Personen (Tab. 4-4). Die Thüringer Gesamtbevölkerung wird sich auf 1,73 Mio. bzw. 70,3% gegenüber dem Basisjahr 1998 (=100%) verringern (entspricht einem durchschnittlichen jährlichen Rückgang um 14.100 Personen). Der angenommene Geburtenanstieg auf 1,4 bis 2005 sichert in Thüringen nur die Reproduktion einer Müttergeneration in Höhe von 2/3, d.h. jede Müttergeneration hat nur einen zahlenmäßigen Umfang von 66,7% der vorangegangenen. Die 3. Generation beträgt dann nur noch 44,4% der ersten. Bei der Verdoppelung der Außenwanderungsgewinne in der Bundesrepublik (Variante 2) reduziert sich der Bevölkerungsrückgang in Thüringen auf 609.000 Personen, wobei die Probleme des geringen Geburtenniveaus, des Sterbefallüberschusses und der Überalterung erhalten bleiben.

Tab. 4-4: Auszug aus der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für den Freistaat Thüringen

Prognose-jahr (jeweils 31.12.)	Einwohner						Anteil der Altersgruppe an den Einwohnern				
	Insgesamt	unter 65 Jahre	65 bis unter 75 Jahre	75 bis unter 85 Jahre	85 Jahre und älter	Senioren gesamt	Senioren- anteil (65 Jahre und älter)	unter 65 jährige	65 bis unter 75 jährige	75 bis unter 85 jährige	über 85 jährige
1998	2.460.500	2.072.000	229.700	118.200	40.500	388.400	15,8	84,2	9,3	4,8	1,6
2000	2.430.000	2.021.800	241.700	125.600	40.700	408.000	16,8	83,2	9,9	5,2	1,7
2010	2.326.700	1.833.600	281.500	163.100	48.300	492.900	21,2	78,8	12,1	7,0	2,1
2020	2.222.500	1.684.600	279.100	193.300	65.400	537.800	24,2	75,8	12,6	8,7	2,9
2030	2.065.400	1.455.000	325.600	203.100	81.700	610.400	29,6	70,4	15,8	9,8	4,0
2040	1.905.300	1.322.500	246.300	239.300	97.200	582.800	30,6	69,4	12,9	12,6	5,1
2050	1.730.400	1.152.200	277.200	181.700	119.300	578.200	33,4	66,6	16,0	10,5	6,9

(Quelle: TLS 2000)

Gegenüber der Bevölkerungsentwicklung insgesamt verläuft die Entwicklung der Altersgruppen „65 Jahre und älter“ wesentlich dynamischer. Die Anzahl der Personen „65 Jahre und älter“ wird im Vergleich zu 1998 (=100%) im Jahr 2050 auf 148,9% ansteigen. Der Anteil der Personen „65 Jahre und älter“ an der Gesamtbevölkerung steigt demnach von 15,8% im Jahr 1998 auf 33,4% im Jahr 2050. Tab. 4-4 zeigt den für die Arbeit relevanten Ausschnitt der 9. kBV.

Zur Untersuchung der Entwicklung der Altersstruktur der Bevölkerung „65 Jahre und älter“ werden Gruppen zu je 10 Altersjahren gebildet. In Anlage Abb. II-23 wird die Entwicklung der Altersgruppen absolut und in Anlage Abb. II-24 in Prozent an der Gesamtbevölkerung gegenübergestellt. Bis zum Jahr 2032 ist mit einem jährlichen Anstieg der Senioren auf einen Höchststand von insgesamt 615.000 zu rechnen. Danach sind bis 2050 jährliche Reduzierungen um insgesamt 37.000 Personen auf letztlich 580.000 Personen zu erwarten.

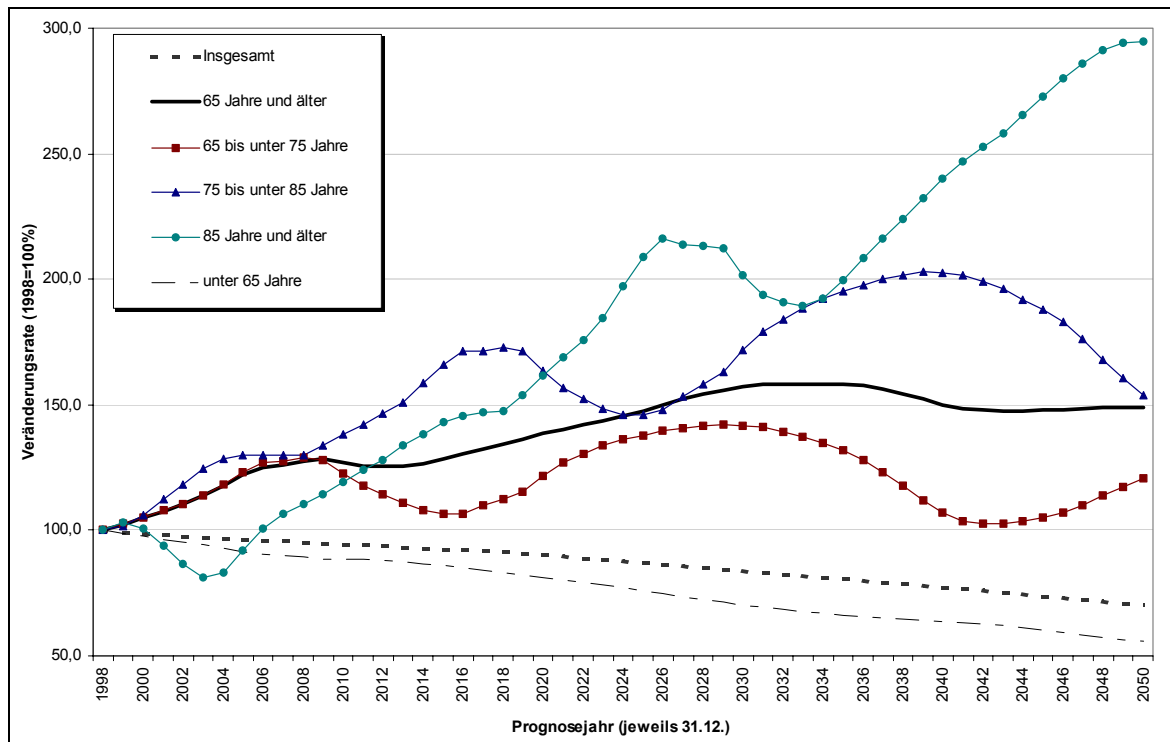
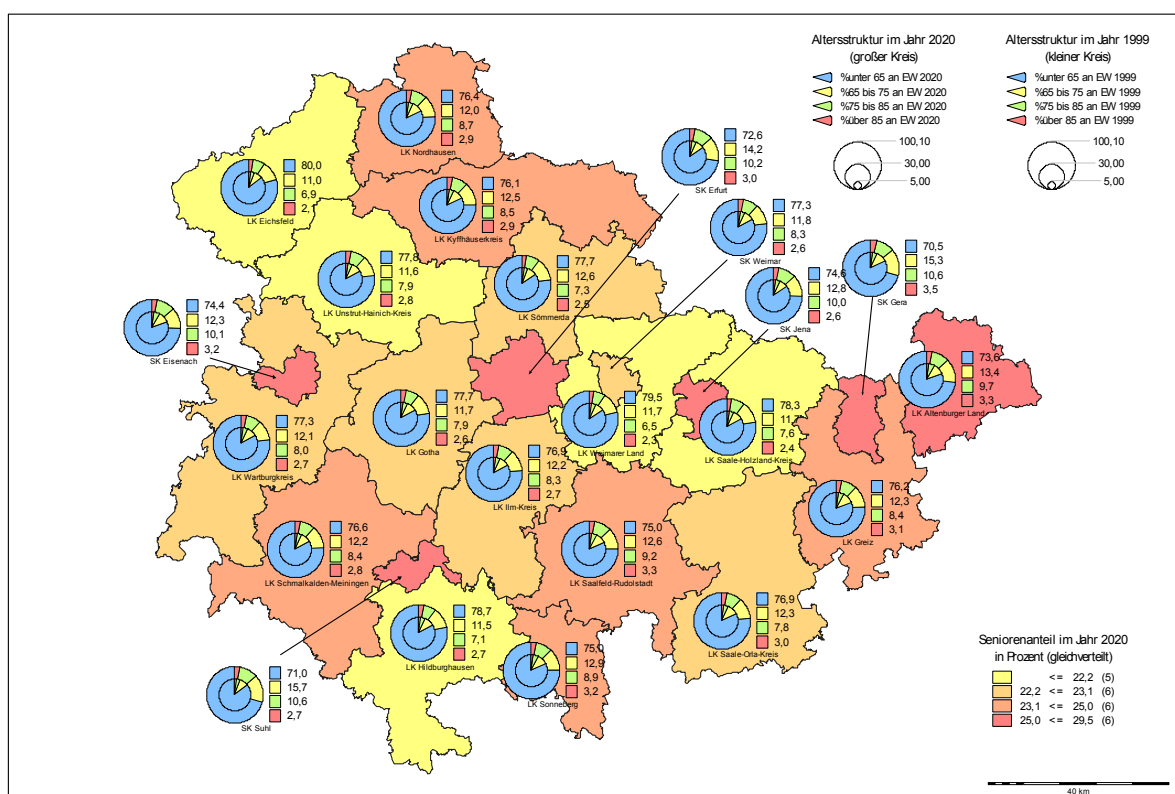


Abb. 4-6: Veränderung in Prozent zu 1998 ausgewählter Altersgruppen nach Ergebnissen der 9. kBV

Eindrucksvoller stellt sich die demographische Entwicklung mit den Veränderungsdaten der Altersgruppen dar (Abb. 4-6). Mit Ausnahme zweier „Senken“ von rund fünf Jahren ab 2009 und ab 2039 wird diese Entwicklung von einer absoluten und relativen Zunahme der Altersgruppe der Senioren bestimmt sein. Auch der ab 2033 zu erwartende absolute Rückgang der Senioren führt aufgrund der gesamten Bevölkerungsabnahme in Thüringen zu einem weiteren prozentualen Anstieg dieser Altersgruppe. Diese Wellenbewegung ist charakteristisch für die noch eingehend zu diskutierende Differenzierung von Bedarfsrichtwerten nach Altersgruppen in der Pflegeplanung. Zeitlich verzögert ist mit einer Zunahme aller Altersgruppen zu rechnen. Die Veränderungsdaten aus Abb. 4-6 zeigen eine kurzfristige Abnahme der Altersgruppe der Hochbetagten „85 Jahre und älter“. Dieser kurzfristigen Entlastung des Pflegemarktes steht eine außerordentlich starke Zunahme ab 2006 gegenüber. Bis 2020 ist mit einer Verdoppelung der Hochbetagten auf 160.000 Personen zu rechnen. Entsprechend der Pflegeprävalenzen dieser Altersgruppe muss daher mit einer immensen Nachfragesteigerung nach professionellen Pflegeleistungen gerechnet werden (s. auch Anlage Abb. II-23 und Abb. II-24 sowie den Vergleich der Bevölkerungspyramiden Abb. II-22).

Mit der 9. kBV wurden erstmalig für Thüringen auch regionalisierte Kreisergebnisse bis 2020 veröffentlicht (TLS 2000c). Diese Kreisergebnisse weichen in der Summe für Thüringen gering von denen der 9. kBV ab. Der Unterschied liegt in der regionalisierten Entwicklung der Lebenserwartung. Die Kreisergebnisse liegen daher in Bezug auf die Verstorbenen um 20.000 höher: „Die Kreisergebnisse sind dem Charakter nach richtiger und schränken die Aussage, dass die Kreisergebnisse eine Untersetzung der 9. kBV darstellen, nicht ein.“ (TLS 2000c: 4)



Karte 4-15: Altersstruktur im Vergleich der Jahre 1999 und 2020 sowie Seniorenanteil im Jahr 2020 nach Landkreisen und kreisfreien Städten

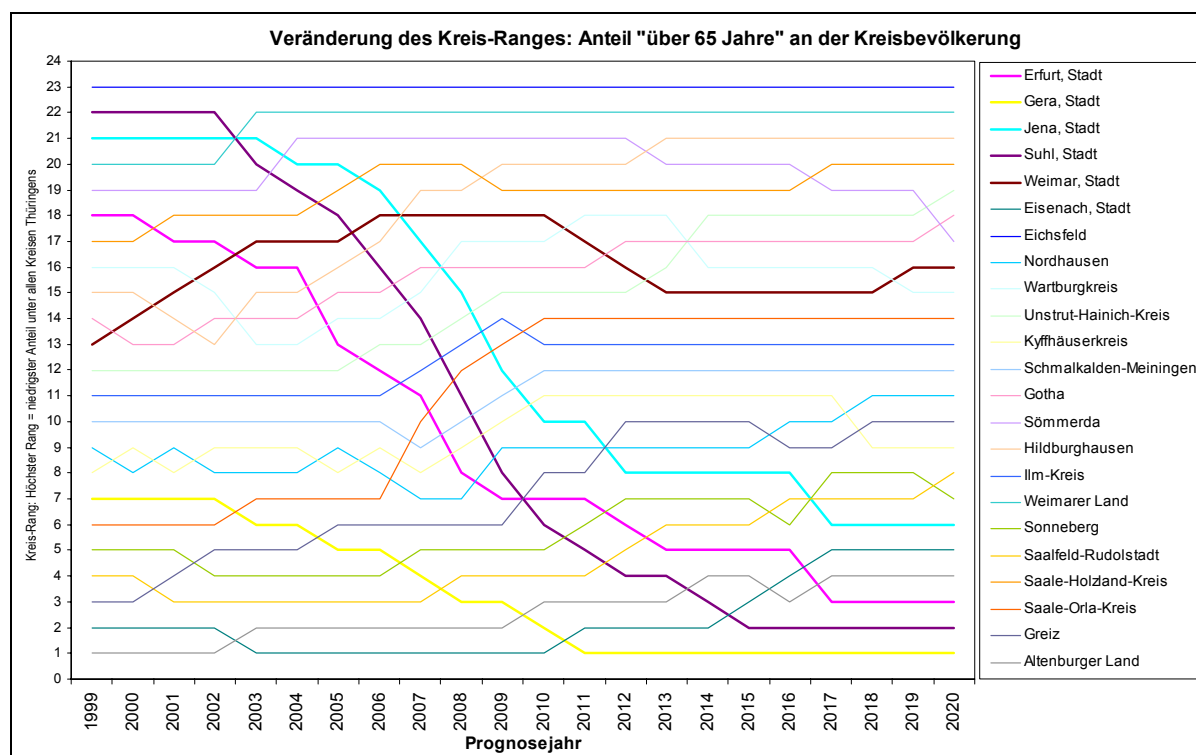


Abb. 4-7: Veränderung des Kreisranges beim Seniorenanteil 1999 bis 2020

Demnach gelten die bereits erwähnten Annahmen und Randgrößen auch für die Kreisergebnisse. Die Annahmen zur Fertilität gelten analog und fokussieren auf eine Angleichung an die alten Bundesländer in Höhe von 1,4 Geburten pro Frau mit dem Jahr 2006. Hinsichtlich der regionalen Differenzierung werden 5 Fertilitätsgruppen gebildet, die die durchschnittliche Fertilität der vergangenen Jahre in den Kreisen repräsentieren und für den Berechnungszeitraum konstant gehalten wer-

den. Regionale Differenzierungen der Lebenserwartung werden für die Vorausberechnung nicht angenommen, da keine gesicherten Erkenntnisse vorliegen.

Entsprechend den genannten Annahmen wird bei der Migration lediglich nach den Anteilen der Kreise an der Kreiswanderung, Binnenwanderung mit anderen Bundesländern und den Wanderungen mit dem Ausland differenziert. Mit den anderen Bundesländern wird ein ausgeglichenes Wanderungssaldo ab 2015 angenommen (Binnenwanderungsverlust bis 2016 angesetzt mit 100.300 Personen). Der Außenwanderungsgewinn orientiert sich an der Aufnahmequote von 3,3% und den Entwicklungen der letzten Jahre und kommt zu einem jährlichen Gewinn von 2.500 Personen in Variante 1 bzw. 5.000 Personen in Variante 2. Zum Kreis-Wanderungsverhalten werden keine näheren Angaben gemacht.

Der Rückgang der Bevölkerung Thüringens bis 2020 um 275.000 Personen verteilt sich höchst unterschiedlich auf die einzelnen Kreise. Dabei können insgesamt 3 Kreise (Weimarer-Land, Saale-Holzland-Kreis und Gotha) mit einer Bevölkerungszunahme rechnen. Die restlichen Kreise verzeichnen einen mehr oder weniger starken Bevölkerungsrückgang. Die Stadt Gera hat dabei den stärksten Rückgang um 32,2% zu erwarten. Insgesamt ist die Bevölkerungsabnahme aller 6 kreisfreien Städte (23,6%) etwa 3-mal so hoch wie die der Landkreise (7,3%) (s. Anlage Karte II-21).

Neben dem Bevölkerungsrückgang ist die regional differenzierte Überalterung charakteristisch für die Landkreise und kreisfreien Städte. Besonders negativ ist die Entwicklung voraussichtlich in der Stadt Gera. Zum Endjahr des Berechnungszeitraums 2020 wird der Seniorenanteil in der Stadt Gera bei 29,4% liegen (dreimal so viel Senioren wie Personen unter 15 Jahren). Hingegen steigt der Seniorenanteil im Landkreis Hildburghausen um nur 5,8 Prozentpunkte auf 21,3% (Karte 4-15).

Mit den Veränderungen des Kreis-Ranges aus Abb. 4-7 wird diese Entwicklung in der Altersstruktur der Landkreise und kreisfreien Städte anhand der Ordnungskriterien „Kreis mit höchsten Seniorenanteil“ bis „Kreis mit niedrigsten Seniorenanteil“ verdeutlicht. Hervorgehoben ist unter anderem die Entwicklung der Stadt Suhl vom Rang des zweitniedrigsten zum Rang höchsten Seniorenanteils unter allen Kreisen Thüringens. Daraus ergibt sich unter anderem ein enormer Anpassungsdruck in der Infrastrukturausstattung. Eine auf jüngere Bevölkerungsgruppen ausgerichtete Infrastruktur ist innerhalb von 20 Jahren auf die Bedürfnisse der Senioren auszurichten. Die Ausgangslage und Schwierigkeiten dieses Anpassungsdrucks werden insbesondere im Kapitel Pflegelandschaft verdeutlicht.

4.4.4 Anmerkungen zur Bevölkerungsentwicklung in Thüringen

Die Ergebnisse der 9. kBV für Deutschland unterscheiden sich insgesamt kaum von vorhergehenden Vorausberechnungen. Unterschiedlich sind jedoch die Ergebnisse für die Bundesländer. Im Vergleich zur 8. kBV (TLS 1994) wird für Thüringen ein um rd. 18% niedrigerer Bevölkerungsbestand im Jahr 2040 erwartet (s. Abschnitt 2.1.4). Ursache sind hauptsächlich veränderte Annahmen zum Wanderungsgeschehen zwischen den Bundesländern. Ungeachtet der enormen Wanderungsverluste Thüringens in den Jahren der Prognosebasis lagen die Annahmen der 7. und 8. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung zur zukünftigen Wanderung höher/positiver.

Kennzeichnend für die 9. kBV (Thüringen und die Kreise) ist demzufolge, dass die Hauptursache für den Bevölkerungsrückgang nur aus dem geringen Geburtenniveau resultiert: „Der daraus in allen Kreisen zu verzeichnende Sterbefallüberschuss bewirkt im Durchschnitt des Landes zu 94% den Bevölkerungsrückgang. Wanderungsverluste sind nur mit 6% beteiligt.“ (TLS 2000c: 7)

Dieser Einschätzung stehen aktuell wieder ansteigende Wanderungsverluste für Thüringen insgesamt und weiterhin hohe Wanderungsbewegungen über die Kreisgrenzen innerhalb Thüringens gegenüber. Werden zur Beurteilung die Erkenntnisse von BIRG (1997) herangezogen, so ist eindeutig eine zu optimistische Einschätzung des Wanderungsgeschehens festzustellen. Nach BIRG ist für die Gesamtsituation der neuen Bundesländer folgendes kennzeichnend (s. hierzu Anlage II - 4):

- Außenwanderungen beeinflussen die Bevölkerungsentwicklung in den alten Ländern wesentlich stärker als in den neuen Ländern. Außenwanderung (AW) reduziert zwar den Rückgang der Bevölkerung (bei TFR=1,2 auf 24% bzw. bei TFR=1,6 auf 35%), doch geht dadurch gleichzeitig verstärkt der Bevölkerungsanteil der neuen Länder an der Gesamtbevölkerung zurück (von 18% 1991 auf 8 bis 9% im Jahr 2100). So liegt der Bevölkerungsanteil Thüringens in

Variante 26 (AW=0) bei 1,8%, in Variante 29 (AW=200.000) und Variante 34 (AW=300.000) bei nur noch 1.3%. „Die Wanderungsverluste führen zu einer regelrechten Entvölkerung der neuen Länder. Nehmen die Außenwanderungsgewinne Deutschlands insgesamt zu, reduzieren sich die Bevölkerungsanteile der neuen Länder erheblich.“ (vgl. BIRG 1997: 100).

- Gleiches gilt für das Binnenwanderungsvolumen: Fällt der Bevölkerungsrückgang bei steigendem Binnenwanderungsvolumen in den alten Bundesländern geringer aus, ist er in den neuen Ländern ausgeprägter. Dementsprechend zeigt sich: Je höher das Binnenwanderungsvolumen, umso niedriger der Bevölkerungsanteil in den neuen Bundesländern (vgl. BIRG 1997: 101).
- In den Grenzen des Bevölkerungsmodells hat eine Veränderung des Wanderungsverhaltens keine wesentlichen Auswirkungen auf die aus der Binnenmigration entstehenden Nachteile für die neuen Bundesländer: „Eine solche Veränderung könnte nur eine Verbesserung der Attraktivität der Fortzugsregionen hervorrufen, möglichst in Kombination mit einer Reduzierung der Einflüsse der Zielregionen.“ (BIRG 1997: 102) Dennoch ist dieser Effekt relativ gering: Nur in den Bundesländern Sachsen-Anhalt und Thüringen (71% gegenüber 73,4% der Basisvariante 1) schwächt sich dadurch der Bevölkerungsrückgang leicht ab.

Für die neuen Bundesländer im allgemeinen und für Thüringen im speziellen hat nur eine Erhöhung der Fertilität auf eine durchschnittliche Kinderzahl von 1,6 langfristig in absoluten Zahlen den höchsten Effekt. Ferner führen Veränderungen der Verhaltensparameter zur Binnenwanderung zu relativ geringen Unterschieden. Eine Veränderung der Bevölkerungsverteilung auf Grund von verändertem Binnenwanderungsverhalten erfordert vergleichbar starke Variationen der Verhaltensparameter wie sie z.B. bisher nur in Folge der Wiedervereinigung zu beobachten waren (welche als ausgesprochene Ausnahmesituation jedoch entsprechend unwahrscheinlich sind).

Die gegenwärtig realistisch beobachteten Wanderungsmuster führen bei BIRG langfristig bis zum Jahr 2100 zu einem Extremfall der Bevölkerungskonzentration in einem (oder einigen wenigen) Bundesländern. Im Extremszenario (ohne Außenwanderung aber mit Binnenwanderung) errechnet BIRG für Thüringen im Jahr 2100 nur noch 443 Tsd. Einwohner und in Deutschland insgesamt rd. 24,4 Mio. (s. Anlage II - 4). Mit Sicherheit werden die unterstellten Wanderungsmuster bis 2100 nicht unverändert bleiben. Das Attraktivitätspotential (regionale Arbeitsmärkte, Infrastruktur, Erreichbarkeit usw.) insbesondere der neuen Bundesländer unterliegt ständigen Veränderungen. Der Anpassungszeitraum dieser Veränderungen und die resultierenden Auswirkungen auf das Binnenwanderungsmuster werden daher der entscheidende Faktor zukünftiger positiver Bevölkerungseffekte sein. Diese Einschätzung gilt analog auch für die Situation innerhalb Thüringens (Wanderungen über die Kreise innerhalb Thüringens). Folglich müssen sich „das Fertilitäts- und das Binnenwanderungsverhalten stark ändern und die Außenwanderung permanent hoch sein, damit diese Ergebnisse nicht eintreten“ (BIRG 1997: 85).

Demnach baut die 9. KBV auf ein gewisses „Hoffnungspotential“ auf, dass die gegenwärtige Situation nicht auf Dauer Bestand haben wird, und geht von einem sehr niedrig angesetzten durchschnittlichen Wanderungsverlust von nur 6% Anteil am Bevölkerungsrückgang der Kreise Thüringens aus („Hoffnungspotential“ einer raschen Stabilisierung der Verhältnisse).

Davon abgesehen ist die pflegespezifische Bevölkerungsgruppe der Senioren relativ exakt und unabhängig von unterschiedlichen Modellen/Prognoseparametern zu bestimmen. Bezüglich des Prognosehorizontes von 20 bzw. 50 Jahren ist die Alterspopulation bekannt. Unsicherheit besteht bei der Perspektive 2050 einzig in der Größenordnung der Wanderungsverluste der heute etwa 35-jährigen. Bis zum 30. Lebensjahr wird überwiegend ein Berufseinstieg und eine Familiengründung vollzogen und damit bisher auch eine gewisse Immobilität der Personen angenommen. Die Gesamtanzahl der Senioren kann daher als weitestgehend sicher bezeichnet werden. Der relative Anteil an der Gesamtbevölkerung und das Hilfe- und Unterstützungspotential nachfolgender Generationen sind hingegen stark abhängig von den Annahmen und Parametern der Prognosen.

Mit diesen Reflexionen und Einschränkungen werden die Kreisergebnisse der 9. KBV als einzig verfügbare Angabe zur regionalisierten Bevölkerungsentwicklung in Thüringen verstanden. Das insbesondere auch, da alternative Bevölkerungsprojektionen und -modelle keine regionale Sichtweise beinhalten.

4.5 Teilergebnis I: Einflussindikatoren

Die skizzierten Ergebnisse und Erkenntnisse der raumstrukturellen und soziodemographischen Analysen und Darstellungen bilden die Gesamtheit der Einflussindikatoren [EI] gemäß den Modellprämissen (Übersicht in Anlage Tab. II-12). Diese Gesamtheit zeichnet sich durch eine möglichst umfassende Aufnahme auch von Detailindikatoren aus.²²⁴ Die interregionale Vergleichbarkeit wird z.B. durch Verhältnisangaben eines Indikators zu seiner Grundgesamtheit (z.B. Altersgruppenanteile) oder zu einer Bezugsgröße (z.B. km²) erreicht. Durch diese Relativierung der bevölkerungsstarken kreisfreien Städte rücken die eigentlichen Kreisstrukturen in den Vordergrund. Im Folgenden werden zunächst beabsichtigte inhaltliche und statistische Redundanzen untersucht [EI-Basis] und eine bereinigte Einflussindikatorenauswahl [EI-Auswahl] ermittelt.

4.5.1 Exploration und Deskription der Einflussindikatorenbasis [EI-Basis]

Zur Optimierung der Vergleichbarkeit werden die Indikatoren durch Standardisierung zunächst transformiert [z-EI]. Zugleich wird mit der Orientierung die vergleichende Einordnung der Regionen erleichtert (s. Abschnitt 3.6: 2. Stufe).²²⁵ Erste Einschätzungen der standardisierten Indikatoren erlaubt die explorative Box&Whisker-Analyse (s. Anlage Abb. II-28). Ziel ist eine Einschätzung der Indikatorenausprägungen und Indikatorenreduktion durch Ausschluss inhaltlicher und statistischer Redundanzen. Insbesondere die Streuung eines Indikators gibt Aufschluss über den möglichen Erklärungsgehalt.²²⁶ Die Ergebnisse der Box&Whisker-Analyse werden wie folgt skizziert:

Demographie: Die Indikatoren zur **Altersstruktur** der Bevölkerung sind relativ einheitlich verteilt. Der Median weicht nur beim Hochbetagtenanteil (innerhalb der Senioren sowie Einwohner) vom Mittelwert ab, der hier durch die Standardisierung bei 0 liegt. Die Untersuchung nach Mittelwerten der **Gemeindealtersstruktur** ist ebenfalls homogen. Die Einzeluntersuchungen zeigten, dass in einigen ländlichen Regionen der Kreise die Altersstruktur deutlich negativer ausgeprägt ist. Dem **Geschlechterverhältnis** (Sexualproportion) wird nach den Ausführungen aus Abschnitt 4.2.1 kaum weiterführende Erklärungskraft beigemessen.

Die Charakterisierung des Pflegepotentials durch den Indikator **Frauenpflegepotential** (FPP: bezogen auf die Betagten „Altersgruppe 75 Jahre und älter“) ist ungleich schwieriger. Das FPP 1997 für die Kreise streut im positiven Bereich (Maxima) deutlich stärker als beim Mittelwert des FPP der Gemeinden. Umgekehrt hat aber der Mittelwert des FPP in den Gemeinden eine negativere Ausprägung des 75. bis 25. Perzentils (gelber Balken). Die große Spannweite der zukünftigen Entwicklung des FPP verdeutlicht die zu erwartenden regionalen Disparitäten.

Die **Bevölkerungsbewegung** im Jahr 1999 liegt ähnlich. Das Zeitfenster 1999 ist zu klein, um charakteristisch für die bisherige bzw. eine zukünftige Bevölkerungsentwicklung zu sein. Dennoch sind grundsätzliche mögliche Bevölkerungsdefizite ablesbar. Durch die Integration der Bevölkerungsprognose (9.kBV) in das Indikatorenmodell wird aber eine Entwicklungsaussage aufgenommen (s.u.). Die **altersspezifische Migration** (räumliche Bevölkerungsbewegungen der Senioren) ist ein Indiz für regional unterschiedliche Lebens- oder Versorgungsqualitäten. Dementsprechend sind Fortzüge mit negativen und Zuzüge mit positiven Vorzeichen zu werten (siehe Orientierung). Im engen Zusammenhang zur zukünftigen Bevölkerungsentwicklung (Außenwanderungsgewinne) steht der **Ausländeranteil**. Dieser insgesamt niedrige Wert für Thüringen liegt in einigen Landkreisen noch weit unter 1%. Hier werden die demographischen Effekte noch stärker wirken. Dadurch streuen die Werte extrem im positiven Bereich des Maximums, und der Median liegt unter dem Mittelwert. Ein interessanter Indikator ist das **durchschnittliche Sterbealter**. Der Indikator erlaubt eine Aussage zur unterschiedlichen Lebenserwartung der Bevölkerung in den Regionen. Auch eine Definition von Lebensqualität im Sinne eines langen Lebens ist möglich. Der Median liegt deutlich über dem Mittelwert: wenige Regionen beeinflussen den Mittelwert des durchschnittlichen Sterbealters deutlich stärker.

²²⁴ So z.B. mit der Differenzierung verschiedener Altersgruppen oder dem Vergleich eines Kreisindikators mit dem entsprechenden Aggregat der Gemeindeindikatoren durch Mittelwertbildung.

²²⁵ Die Orientierung der z-Indikatoren wird in allen Indikatorentabellen in der Zeile „Vorzeichenwechsel und Begründung“ wiedergegeben (positive bzw. negative Orientierung).

²²⁶ Minimale Streuungen um den Mittelwert (Nulllinie) zeigen, dass die Unterschiede der Kreise nur marginal sind, der Indikator demnach kaum eine aussagekräftige Kreisspezifität abbildet. Die Ausprägungen des Indikators sind zu ähnlich.

Veränderungen und daraus resultierender bisheriger Anpassungsdruck der Regionen wird durch die **Bevölkerungsentwicklung seit 1980/1990 bis 2000** abgebildet. Demzufolge wird auf die Veränderungsrate der Senioren absolut (im Sinne eines quantitativen Bedarfs) als auch relativ mit dem Seniorenanteil (im Sinne struktureller Veränderungen) abgestellt. Der Zeitraum wird auf die Entwicklung seit 1990 beschränkt. Am auffälligsten ist die Entwicklung des Seniorenanteils von 1990-2000. Der positive Median wird durch wenige Kreise mit moderater Zunahme des Seniorenanteils definiert. Die überwiegende Zahl der Kreise verzeichnete eine starke Zunahme. Die Teilmenge der **Bevölkerungsentwicklung 1993-2000** fokussiert auf die Entwicklung des Hochbetagtenanteils.

Die Ergebnisse der **Bevölkerungsentwicklung** gemäß der **9. KBV** weisen eine mittlere bis hohe Streuung auf. Die größte Streuungsbreite hat der Seniorenanteil im Jahr 2020. Dies wird auch durch die Entwicklung des Seniorenanteils 1999-2020 deutlich. Es werden Kreise mit extremen Anstieg (z.B. Suhl) prognostiziert, die zu dieser Streuungsbreite führen.

Sozialstruktur: Die Indikatorengruppe **Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe- und Wohngeldstruktur** ist sehr inhomogen. Zentrales Kriterium bei der Betrachtung der Arbeitslosigkeit ist die Wirkung der Pflegeversicherung als weiteres bzw. ergänzendes Einkommen sowie die Annahme, dass mit einer relativ hohen Frauenarbeitslosigkeit ein höheres Pflegepotential besteht. Diese durch ungewollte **Arbeitslosigkeit** mögliche hohe Pflegebereitschaft wird anhand der Indikatoren Anteil Frauen an sozialversicherungspflichtigen (svp) Beschäftigten am 30.06.1999 und Frauenanteil an den Arbeitslosen im Jahresdurchschnitt 1999 und 2000 untersucht. Festzustellen ist, dass der Unterschied des svp-Anteils in den Kreisen größer ist als der Frauenanteil an den svp-Beschäftigten. Bei der Arbeitslosigkeit ist dieser Unterschied „positiver“, d.h. theoretisch höheres Pflegepotential durch arbeitslose Frauen.

Der Indikator **Sozialhilfe** (laufende Hilfe) beschreibt die ökonomische Situation der Bevölkerung. Ergänzend durch den Indikator Sozialhilfe (besondere Lebenslagen) wird u.a. auch der Bereich „Hilfe zur Pflege“ erfasst. Der Indikator Wohngeldempfänger hat keinen direkten inhaltlichen Bezug zur Pflegebedürftigkeit und wird nur zur allgemeinen Information dargestellt. Auffällig ist, dass die Hilfen in besonderen Lebenslagen ein extremeres Minimum haben. Das sind Kreise, die überdurchschnittlich viele Empfänger dieser Kategorie aufweisen.

In der Entwicklung der **Haushaltsstruktur** zeichnen sich besonders positive Extremwerte ab. Die Unterschiede bei den **Einpersonenhaushalten** nahmen demnach stark zu.

Der Anteil der Kreisbevölkerung, der den **Lebensunterhalt** überwiegend aus **Renten/Pensionen** erhält, streut kaum. Mittelwert und Median liegen fast zusammen und die Entwicklung zeigt einen Rückgang der Extrempositionen.

Raum- und Siedlungsstruktur: Die **komplementäre Gesundheitsinfrastrukturversorgung** spannt einen weiten Rahmen auf, dessen Vielschichtigkeit hier nicht dargestellt werden soll. Um dennoch vergleichende Analysen zur Pflegeinfrastruktur erstellen zu können, werden nur die Einzelindikatoren Krankenhausbetten und Ärzte näher betrachtet. Insgesamt streuen die Werte stark in positiver Richtung, d.h. einige Kreise haben eine besonders hohe/gute Kapazität. Die Lage des Medians unter dem Mittelwert zeigt, dass die meisten Kreise ein unterdurchschnittliches Versorgungsangebot haben.

Die **Struktur der Wohngebäude und des Wohnraumes** übt einen großen externen Einfluss auf die Lebenssituation im Alter aus. Die Wohneigentumsquote und die Wohnform beeinflusst maßgeblich die Umzugsbereitschaft im Alter. Die erste zugunsten des Privathaushaltes und die zweite zu Ungunsten der Lebensqualität bei Pflegebedürftigkeit (Schwellenängste durch Verlust von „Haus&Hof“). Die Ausprägung der Indikatoren zeigt die erwartete Differenzierung in kreisfreie Städte und Landkreise mit jeweils charakteristischen Wohnformen (Mehrfamilienhaus/Einfamilienhaus). Weitere Rückschlüsse auf die Haushaltsstruktur und folglich potentieller Pflegepersonen liefert der Indikator Einwohner je Wohnung (Rückschluss auf Haushaltsgröße). In allen kreisfreien Städten ist die Anzahl Einwohner je Wohnung niedriger (mehr Singlehaushalte).

Die übrigen raumstrukturellen Einflussindikatoren haben durch die grundsätzlichen Unterschiede von kreisfreien Städten zu Landkreisen sehr inhomogene Streuungsmerkmale. Die Verteilung der **zentralörtlichen Struktur** wie auch der **Verstädterungsgrad** wird entsprechend stark von den kreisfreien Städten geprägt (Zusammentreffen von positiven Perzentilen und Maximum). Bei der

Charakterisierung der Bevölkerungsstrukturen nach **Gebietskategorien der IFR-Studie** müssen die im Abschnitt 4.1.2 getroffenen Einschränkungen berücksichtigt werden (nicht alle Gebietskategorien treten in allen Kreisen auf). In der Konsequenz kommt es zu entsprechenden Extremwerten. Die Verdichtungs- und Erreichbarkeitsindikatoren, **aus der Siedlungsstruktur und Flächennutzung abgeleitet**, werden ausnahmslos von den Extremwerten geprägt. Dem durch viele Kreise mit unterdurchschnittlicher Siedlungsdichte negativ verschobenen Median stehen extrem positiv orientierte Kreise hoher Siedlungsdichte gegenüber.

Mit dieser inhaltlichen und explorativen Indikatorenbetrachtung ergeben sich 86 Basisindikatoren [EI-Basis] als Grundlage nachfolgender Analysen. Die Anlage Tab. II-12 gibt einen allgemeinen Überblick zu den Einflussindikatoren und Anlage Tab. II-18 enthält alle Indikatorenwerte der Kreise. Die Topologie ausgewählter Einflussindikatoren zeigt Anlage Karte II-24.

4.5.2 Faktoranalytische Indikatorenreduktion der 86 Basisindikatoren [EI-Auswahl]

Mit der faktoranalytischen Indikatorenreduktion wird die umfangreiche Indikatorenbasis auf korrelative Redundanz und inhaltliche Aussagekraft geprüft und ein Auswahlindikatorenkatalog generiert. Anhand mehrerer – teilweise geschachtelter – Faktorenanalysen werden die Ladungsmuster aller Einzelindikatoren und gesondert nach Indikatorengruppen (Sachgebieten) untersucht. Im Vordergrund der Analysen steht die allgemeine Dimensionsreduktion anhand der Ladungsmuster. Die extrahierten Faktoren und deren Interpretation stehen im Hintergrund.

Nach der Hauptkomponentenmethode können aus den 85 Basisindikatoren 11 Faktoren mit einer erklärenden Gesamtvarianz von rd. 91% extrahiert werden.²²⁷ Von denen haben aber nur drei Faktoren eine hohe eigene erklärende Varianz von zusammen 65%. Zudem sind nur sieben Faktoren mit einigermaßen sinnvoll interpretierbaren Basisindikatoren besetzt. Wie bereits eingehend dargestellt, dient dieser Analyseschritt primär einer Dimensionsreduktion. Die Interpretation der Faktoren soll daher nur grob zusammengefasst werden (s. Anlage Tab. II-13):

- Faktor 1: Verdichtungsfaktor mit der Orientierung auf verdichtete Gebiete (verdichtete Kreise sind nur kreisfreie Städte und haben eine positive Orientierung gemäß der anfangs vorgenommenen Orientierungsdefinition aller Indikatoren)
- Faktor 2: Altersstrukturfaktor
- Faktor 3: Demographischer Entwicklungsfaktor
- Faktor 4: Arbeitslosigkeitsfaktor
- Faktor 5: Frauenarbeitslosigkeitsfaktor
- Faktor 6: Faktor Siedlungsdichte
- Faktor 7: Faktor Haushaltsstruktur
- Faktoren 8-11: kein aussagekräftiges Ladungsmuster.²²⁸

Topologisch beschreiben die drei aussageschärfsten Faktoren erwartungsgemäß jeweils Gruppen für Landkreise und kreisfreie Städte. Isoliert von der Zielstellung, die sogenannten Einflussindikatoren zu verdichten (Dimensionsreduktion), sind die Basisindikatoren hinreichend gut durch sieben Faktoren zu beschreiben. Doch mit der Perspektive die Pflegebedürftigkeit bzw. deren Interdependenz möglichst umfassend zu erklären, laden noch zu viele latente Einflussindikatoren auf die ersten drei Faktoren hoch. Aus methodischen und inhaltlichen Erwägungen sind jedoch gewisse Eigenständigkeit zu erwarten (bezüglich der nachfolgenden Pflegeindikatoren). Aus dieser Faktorenanalyse aller Einflussindikatoren wird daher offensichtlich, dass sachlich gruppierte Faktorenanalysen für eine konkrete Indikatorenauswahl notwendig sind.

Die Einflussindikatorenbasis wird daher zusätzlich nach thematischen Indikatorengruppen statistisch und inhaltlich mit dem Ziel analysiert, eine Indikatorenauswahl (Indikatorenreduktion) auf einen Kernbereich durchzuführen.

²²⁷ Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung. Die Rotation ist nach 15 Iterationen konvergent. Zur Faktorladungsmatrix s. Anlage Tab. II-13.

²²⁸ Zu jedem Faktor konnte nur ein hochladender Indikator extrahiert werden.

Detail-Faktorenanalyse Demographie: Die demographischen Einflussindikatoren zur Bevölkerungs- und Altersstruktur können durch sechs Faktoren mit einer erklärten Gesamtvarianz von rd. 89% beschrieben werden. Zur Auswahl kommen 19 hochladende Basisindikatoren (ausgewählte Indikatoren sind in Anlage Tab. II-14 „fett“ hervorgehoben). Eine weitergehende Indikatorenreduktion wurde nicht in Betracht gezogen, da die Interdependenzen der demographischen Entwicklung mit der Pflege von besonderem Interesse sind.

Detail-Faktorenanalyse Sozialstruktur: Die faktoranalytische Dimensionsreduktion sozialstruktureller Einflussindikatoren extrahiert insgesamt vier Faktoren mit einer erklärten Gesamtvarianz von rd. 75%. Die Auswahl wird ebenfalls von sachlich-inhaltlichen Erwägungen mitbestimmt. Die 11 Auswahlindikatoren sind in Anlage Tab. II-15 „fett“ hervorgehoben.

Detail-Faktorenanalyse Raumstruktur: Aus den raumstrukturellen Einflussindikatoren können vier Faktoren mit einer erklärten Gesamtvarianz von rd. 78% extrahiert werden, die jeweils relativ eindeutige Sachverhalte beschreiben. Die Indikatorenauswahl enthält davon unabhängig auch Indikatoren, die prinzipiell eine Pflegeinterdependenz erwarten lassen.²²⁹ Die Auswahl der gebietskategorialen Bevölkerungsstrukturindikatoren erfolgt aufgrund der Überlegung, dass nicht alle Kreise sowohl die Kategorie „verdichtete Gebiete“ als auch „ländliche Räume“ enthalten. Ein Indikator, der den Seniorenanteil in den jeweiligen Gebieten abbildet, ist auf den ersten Blick sinnvoll. In der Konsequenz ergibt sich jedoch ein Seniorenanteil von 0 in den jeweils nicht vorhandenen Gebietskategorien. Nach der Standardisierung ist diese grundsätzlich richtige Aussage irreführend (Bildung von Ausreißern, da Wert 0 standardisiert wird). Im Abschnitt 4.1.2 wurde dieser Zusammenhang bereits dargestellt. Um dennoch eine Charakterisierung der gebietskategorialen Verteilung der Senioren bzw. Einwohner zu ermöglichen, wird der Bevölkerungsanteil der Senioren eines Kreises, die in der entsprechenden Gebietskategorie leben, betrachtet (ein Wert von 0 (Prozent) ist hier weniger irreführend). Die 16 Auswahlindikatoren sind in Anlage Tab. II-16 „fett“ hervorgehoben.

4.5.3 Auswahlindikatoren und Güte der Dimensionsreduktion

Die Kontrollgröße für die Güte der Dimensionsreduktion bzw. die Abbildungsschärfe der Auswahlindikatoren ist der Summandenvergleich der standardisierten Indikatoren für einzelne Indikatorengruppen oder der Indikatoren insgesamt (z-Summe [EI-Basis] und z-Summe [EI-Auswahl]).

Das Streudiagramm in Abb. 4-8 beschreibt die Kontrollgröße z-Gesamtsumme. Die z-Indikatorensummen korrelieren signifikant hoch (Korrelationskoeffizient 0,9). Im Idealfall (keine Einschränkung durch Indikatorenreduktion) würden die Kreise entlang der Hauptdiagonalen liegen. Die Unterschiede ergeben sich aus einer gering schlechteren Erklärung der stark reduzierten sozialstrukturellen Indikatoren (hier maßgeblich bei den kreisfreien Städten, die durch die Reduzierung der Indikatorenbasis nicht alle Ausprägungen erklären können). Demographische und raumstrukturelle Auswahlindikatoren spiegeln hingegen nahezu vollkommen die ganze Indikatorenbasis wieder.

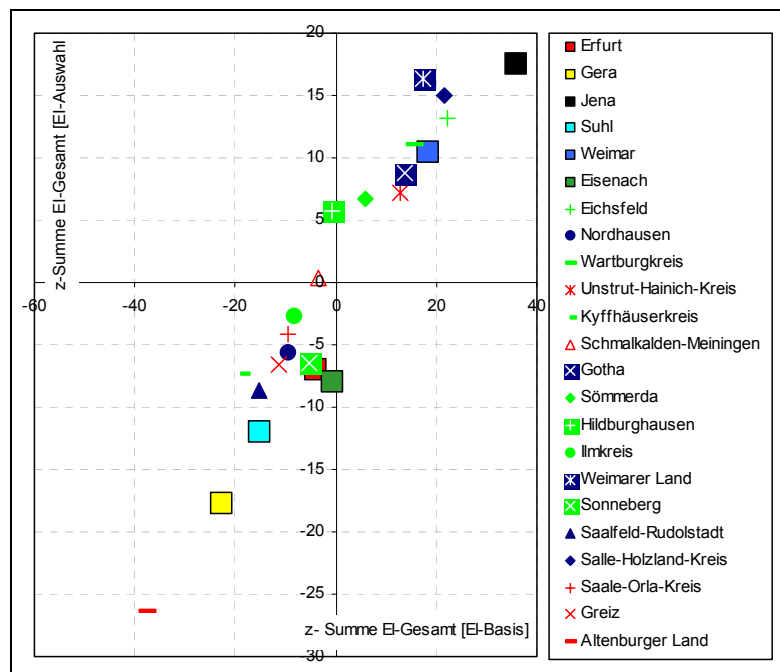


Abb. 4-8: Güte der Dimensionsreduktion (Vergleich der z-Summen [EI-Basis] und [EI-Auswahl])

²²⁹ Die Analyse der Korrelationskoeffizientensumme bestätigt z.B. einen besonders hohen Einfluss der Wohnfläche je Einwohner auf alle Indikatoren. Zur Auswahl kommen die Indikatoren mit der besten Interpretierbarkeit (z.B. der Anteil Einfamilienhäuser am Bestand der Wohngebäude: negatives Vorzeichen = potentiell geringe Umzugsbereitschaft im Alter).

Zusammenfassend kann die vorgenommene Indikatorenreduktion als erfolgreich bewertet werden. Die Indikatorenanzahl konnte von 85 Basisindikatoren [EI-Basis] auf 46 Auswahlindikatoren fast halbiert werden. In Anlage Tab. II-19 werden alle 46 Auswahlindikatoren [EI-Auswahl] und ihre Ausprägungen für die Landkreise und kreisfreien Städte nach Sachgebieten zu einer Indikatorentabelle zusammengefasst. Die nachfolgende Box&Whisker-Analyse (Abb. 4-9) verdeutlicht die topologischen Ausprägungen der Auswahlindikatoren mit dem Streuungsmuster der Kreise.

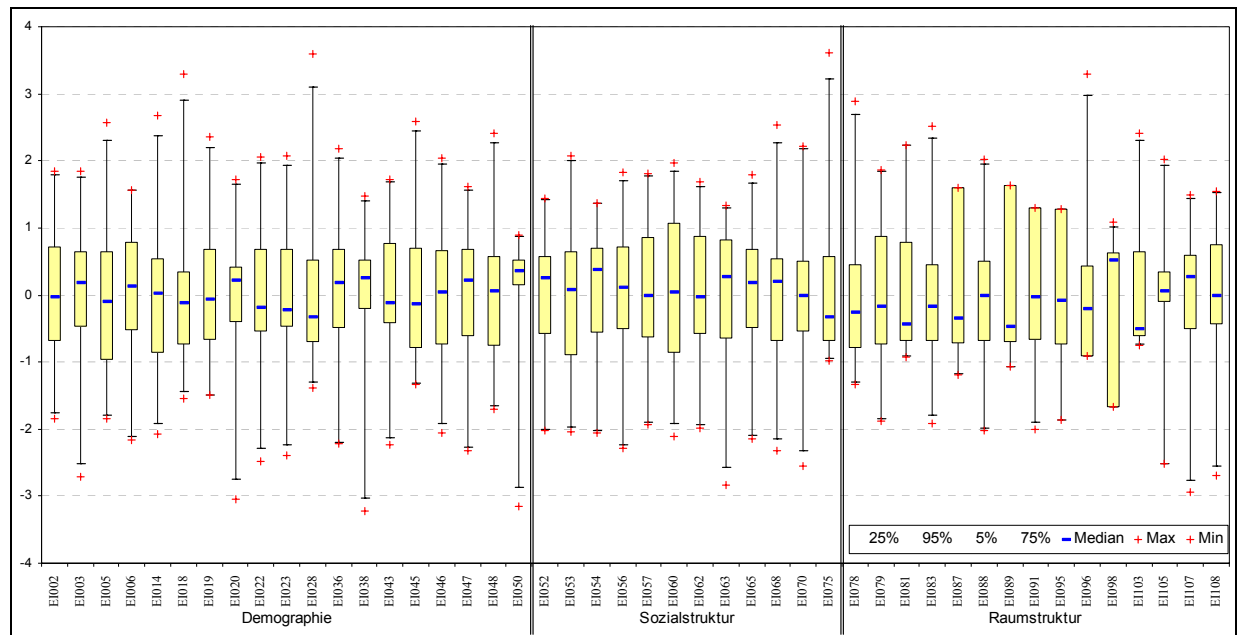


Abb. 4-9: Box&Whisker-Analyse der Auswahlindikatoren [EI-Auswahl]

Die Topologien ausgewählter Einflussindikatoren werden in Anlage Karte II-24 dargestellt. Aufgrund der quantilen Klassifikation der Legendengruppen um den Mittelwert eines Indikators (bei standardisierten Werten = 0) kann die Lage einer Region zu anderen Regionen innerhalb des Indikators aber auch zu anderen Indikatoren verzerrungsfrei verglichen werden.

4.5.4 Korrelationsanalyse der Indikatorenauswahl [EI-Auswahl]

Nach inhaltlichen Kriterien wurden ausgewählte Zusammenhänge innerhalb der Einflussindikatoren in Abb. 4-10 als Matrix-Streudiagramm visualisiert.²³⁰ Dieses Bild durchaus charakteristischer Streudiagramme zeigt sehr deutlich, dass nur wenige Streudiagramme zu sinnvollen Regressionsaussagen (d.h. lineare Interdependenzen) führen. Hervorzuheben sind hier z.B. der Seniorenanteil [EI002] und das Biletter-Maß [EI005] oder das Frauenpflegepotential [EI018].

Für nachfolgende Untersuchungen ist zunächst aufschlussreich, dass es in sehr vielen Fällen zu typischen zusammenhängenden Punktwolken (Clusterbildungen), jeweils getrennt für Landkreise bzw. kreisfreie Städte, kommt. Diese Trennung ist oft sehr eindeutig, in vielen Fällen erwartungsgemäß und zum Teil auch determiniert durch die inhaltliche Definition der Indikatoren (z.B. Ceiling-Effekt: s. Anlage I - 2.2).

Auffällig ist aber, dass einige Streudiagramme auch Punktwolken aufweisen, die fast keine zusammenhängende Streuung haben und typischerweise einzelnen spezifischen Einflussindikatoren zugeordnet werden können. Das betrifft z.B. die Indikatoren Einwohner je Wohngebäude [EI081] oder Bevölkerungsdichte [EI103] mit spezifischer Städtecharakteristik.

Weitere Untersuchungen zu den Interdependenzen innerhalb der Einflussindikatoren sind im Kontext der vorliegenden Arbeit nicht notwendig. Dieser Aspekt rekapituliert überwiegend aus der Raum- und Regionalforschung hinlänglich bekannte Zusammenhänge (so z.B. der Stadt-Umlandforschung oder der Gebietstypisierungen wie bei SCHMIGALLA 1997). Eine ausführliche Interpretation dieser und weiterer Zusammenhänge soll daher hier nicht erfolgen.

²³⁰ Die Hauptdiagonale der Matrixdarstellung stellt unter dem Namen ein schematisiertes Box&Whisker-Diagramm des jeweiligen Indikators dar.

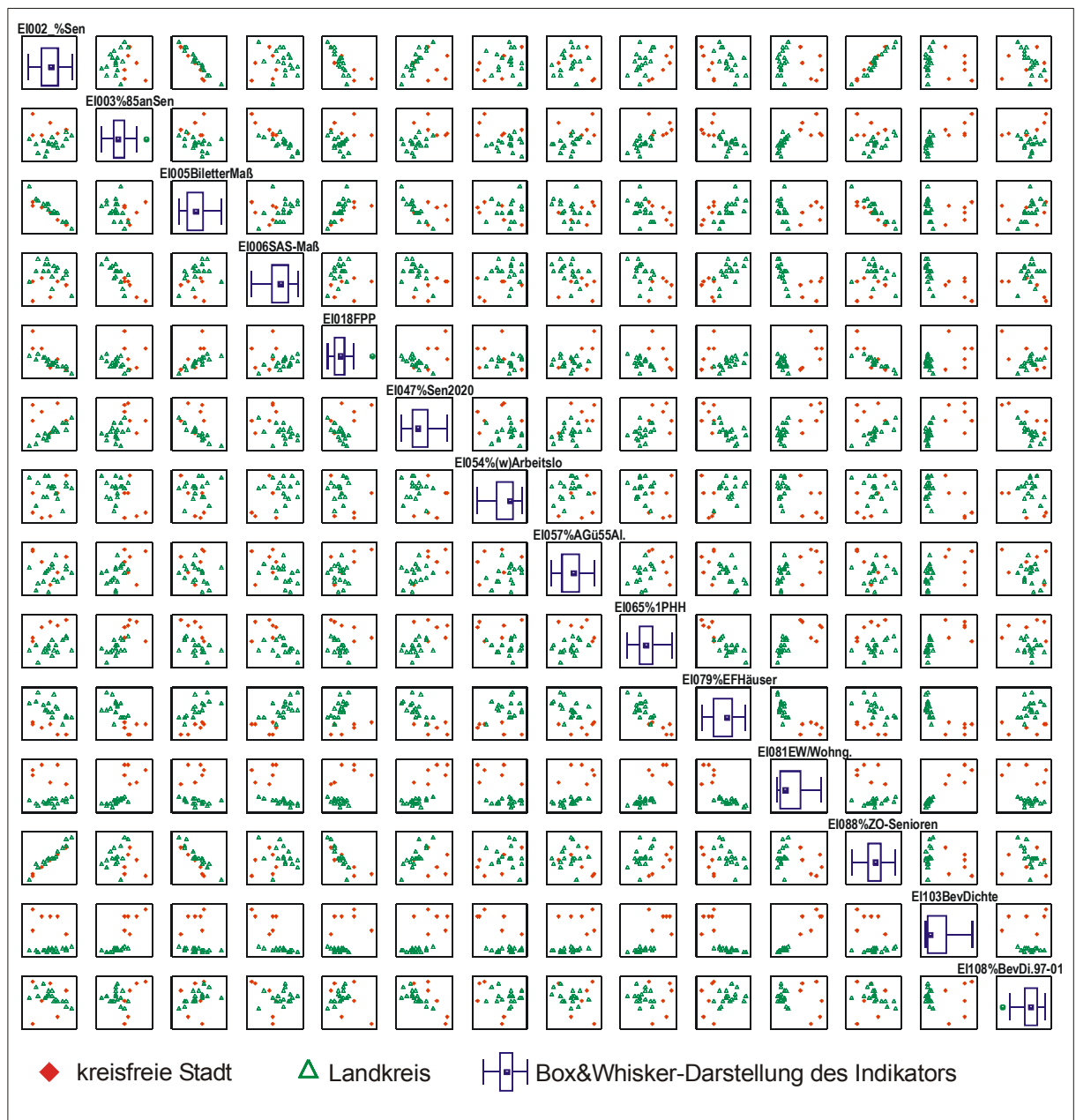


Abb. 4-10: Matrix-Streudiagramm ausgewählter Einflussindikatoren [EI-Auswahl]

4.5.5 Faktorenanalyse der Indikatorenauswahl [EI-Auswahl] (Typologie)

Im folgenden Schritt wird geklärt, ob die Auswahlindikatoren durch einen Stellvertreter bzw. Faktor ersetzt und inwieweit charakteristische Indikatorengruppen identifiziert werden können (im Gegensatz zur faktoranalytischen Indikatorenreduktion).

Mit der Faktorenanalyse nach der Hauptkomponentenanalyse werden insgesamt sieben Faktoren mit einer erklärten Gesamtvarianz von 85% extrahiert. Die ersten drei Faktoren laden am höchsten (jeweils deutlich über 10% der Varianz) und können zusammen knapp 70% der Gesamtvarianz erklären. Wird das Ergebnis der Hauptkomponentenanalyse nach der Varimax-Methode mit Kaiser-Normalisierung rotiert, ergibt sich zwar eine geringere erklärende Varianz der ersten 3 Faktoren von nur noch 67% (bei gleich hoher erklärender Gesamtvarianz), aber die Faktorladungen der Indikatoren sind präziser nach Themengruppen gruppiert und die Interpretierbarkeit verbessert sich.

In nachfolgender Tab. 4-5 sind hohe Faktorladungen fett und nach ihrer Orientierung farbig markiert (positiv/negativ). Faktorladungen unter 0,1 sind ausgeblendet.

Tab. 4-5: Faktorenanalyse der Auswahleinflussindikatoren [EI-Auswahl]

	Faktor 1 Verdichtungs- faktor	Faktor 2 Bev. - Entwicklungs- faktor	Faktor 3 Senioren/ Altersstruktur- faktor	Faktor 4 Faktor Arbeits- losigkeit	Faktor 5 undifferenziert	Faktor 6 undifferenziert	Faktor 7 undifferenziert	Kom- munali- tät
z EI087 Anteil KreisSenioren in ZO	0,9	-0,3	-0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	1,0
z EI103 Bevölkerungsdichte 2001 (EW00/km² Katasterfl.)	0,9	-0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	-0,2	0,9
z EI089 gemittelte Entfernung zum ZO des Nahbereichs (km)	0,9	-0,2	0,1	0,2	0,0	0,2	-0,1	1,0
z EI081 EW je Wohngebäude 1999	0,9	-0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
z EI098 Seniorenanteil '99 in LR	-0,9	0,1	-0,2	0,0	0,0	-0,1	0,1	0,9
z EI003 EW '99 (g) %85 und älter an Senioren	-0,8	-0,1	0,0	0,1	0,2	0,4	0,0	0,9
z EI065 MZ Anteil 1Personenhaushalte 4/1999	-0,8	0,1	0,3	0,0	-0,1	-0,1	0,3	0,9
z EI079 %EFHäuser 1999	0,8	-0,3	-0,3	0,3	-0,1	-0,1	-0,2	0,9
z EI091 Verstärkungsgrad der Kreis-Bewohner '99	0,8	-0,3	-0,3	0,1	-0,1	0,2	0,2	0,9
z EI095 %VG+LGeZ: EW '99 AG 65 und mehr	0,8	-0,1	0,1	-0,1	0,0	-0,2	-0,3	0,8
z EI048 V-Rate2020 %über85 an Senioren (1999=100%)	0,8	0,0	0,4	-0,2	-0,1	-0,4	-0,2	1,0
z EI075 Ärzte je 1000 EW	0,8	0,0	0,4	0,1	-0,3	0,0	0,2	0,9
z EI006 SAS-Maß '99 (p65-75 - p>85 / p75-85)	-0,8	-0,1	0,0	0,1	0,1	0,5	0,0	0,8
z EI052 %SVP '99 Frauen	-0,7	0,4	0,0	-0,1	-0,1	0,0	-0,4	0,8
z EI062 %Sozialhilfe (laufende Hilfe) an EW	-0,7	-0,1	0,1	0,3	-0,2	-0,2	0,1	0,8
z EI028 %Ausländeranteil 1999	0,7	0,2	0,1	0,2	-0,4	0,1	0,3	0,8
z EI063 %Sozialhilfe (besondere Lebenslage) an EW	-0,6	0,2	0,1	0,0	-0,2	-0,4	0,0	0,7
z EI014 SexProp '99 Senioren	-0,6	-0,1	0,3	0,1	-0,3	0,3	-0,1	0,7
z EI078 %neue WG mit 1+2 Wohnungen an neuen WG 1999	0,6	0,2	-0,2	0,0	-0,1	0,0	0,3	0,6
z EI096 %LR EW '99 AG 65 und mehr	-0,6	0,1	0,0	-0,4	-0,1	0,3	0,2	0,7
z EI054 1999Anteil der Frauen an Arbeitslosen [%]	-0,5	-0,1	-0,1	-0,2	-0,4	0,0	-0,4	0,7
z EI060 Frauenanteil an Arbeitslosen AG über 55 Jahre [%]	-0,5	-0,2	-0,2	-0,1	-0,4	0,1	-0,1	0,5
z EI108 Änderung Bevölkerungsdichte 1997-2001	0,0	0,9	0,1	0,1	-0,1	0,1	0,0	0,9
z EI023 Gesamt-BevBew je 1000 EW 1999	0,2	0,9	0,1	0,0	-0,3	0,1	0,0	1,0
z EI022 Saldo räumliche BevBew je 1000 EW 1999	0,2	0,9	0,0	0,1	-0,3	0,1	0,0	1,0
z EI038 Entwicklung 1990-2000 Seniorenanteil (1990=100%)	-0,2	0,9	-0,1	0,0	0,1	-0,2	0,0	0,9
z EI036 Entwicklung 1990-2000 EW (1990=100%)	-0,4	0,8	0,3	0,2	0,2	0,0	0,0	1,0
z EI107 Änderung Siedlungsdichte 1997-2001	-0,1	0,8	0,0	0,0	0,0	-0,3	0,3	0,8
z EI047 %Seniorenanteil 2020	-0,6	0,7	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	1,0
z EI020 V-Rate FPP1 1999-2020	-0,5	0,7	-0,3	0,1	0,4	-0,0	-0,0	0,9
z EI050 V-Rate2020 Seniorenanteil (1999=100%) 2020	-0,6	0,6	-0,5	0,0	0,1	0,0	0,0	1,0
z EI019 Anzahl FPP1 je über75 2020	-0,4	0,6	0,4	0,2	0,4	0,1	0,0	1,0
z EI002 Seniorenanteil '99 (g)	0,0	0,1	1,0	0,1	0,1	0,1	0,0	1,0
z EI088 ZO-Seniorenanteil im Kreis	0,1	0,0	0,9	0,1	0,1	0,1	0,1	0,9
z EI005 Biletter-Maß '99 (p>15 - p>65)/p15-65+100	-0,2	0,2	0,9	0,1	0,2	0,1	0,0	0,9
z EI045 %über85 an Senioren 2020	0,4	-0,1	0,9	-0,1	0,1	-0,1	-0,1	1,0
z EI018 Anzahl FPP1 je über75 1999	0,2	-0,4	0,9	0,1	0,0	0,1	0,0	1,0
z EI046 %über85 an EW 2020	-0,2	0,5	0,8	0,1	0,1	0,0	-0,1	0,9
z EI083 Wohnfläche je Einwohner 1999 (TLS) [m²]	-0,1	-0,1	0,7	0,1	-0,2	-0,3	0,0	0,6
z EI043 V-Rate2000 %AG 85 und älter an Senioren	-0,1	-0,1	-0,7	0,3	0,1	0,3	-0,3	0,8
z EI070 %Lebensunterhalt Rente/Pension 1999	-0,2	0,2	0,6	-0,1	0,1	0,0	0,5	0,7
z EI068 Entwicklung 1999-2001 Anzahl 1Personenhaushalte	0,1	-0,3	-0,5	0,2	0,3	0,4	-0,1	0,6
z EI053 1999Arbeitslosenquote [%]	-0,1	0,2	0,1	1,0	0,0	0,1	0,1	1,0
z EI056 Arbeitslose 12-2000 / 100 EW	0,1	0,3	0,1	0,9	-0,1	0,0	-0,1	1,0
z EI105 Änderung Freiflächenfragmentierung von 1997-2001	0,0	-0,2	0,2	-0,1	0,7	0,1	0,0	0,7
z EI057 Anteil AG über 55 Jahre an Arbeitslosen 12-2000 [%]	-0,4	0,4	-0,2	0,0	0,5	0,1	0,1	0,6
Quadratsumme	14,7	8,2	8,1	2,7	2,5	1,6	1,3	39,1
Prozent der Varianz	32,0	17,9	17,5	5,8	5,4	3,4	2,9	85,0

(Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse; Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung)

Die ersten vier Faktoren klassifizieren die Einflussindikatoren in:

- Faktor 1: Siedlungs- und Zentralitätsfaktor mit einer erklärenden Gesamtvarianz von 32%
- Faktor 2: Bevölkerungsentwicklungsfaktor mit einer erklärenden Gesamtvarianz von 18%
- Faktor 3: Senioren/Altersstrukturfaktor mit einer erklärenden Gesamtvarianz von 18%
- Faktor 4: Faktor Arbeitslosigkeit mit einer erklärenden Gesamtvarianz von 6%

Die Faktoren 4 bis 7 haben jeweils nur einen gering erklärenden Varianzanteil, stehen überwiegend nur für einen Indikator oder haben kein sachlich interpretierbares Ladungsmuster. Der Erklärungs-

gewinn ist sehr gering bzw. nicht vorhanden. Ebenfalls sind einige Indikatoren eindeutig unterrepräsentiert oder haben keinen inhaltlichen Bezug zu anderen hochladenden Indikatoren.²³¹

Für die Auswahlindikatoren wird daher festgestellt, dass eine weitere Dimensionsreduktion mittels Faktorenanalyse nicht sinnvoll ist. Auch sind die extrahierten Faktoren als Stellvertretergrößen nur eingeschränkt geeignet, um die pflegespezifizierte Einflussituation in Thüringen zu beschreiben.

4.5.6 Clusteranalyse der Einflussindikatoren [EI-Auswahl und EI-Faktoren] (Topologie)

Mit den Methoden der Clusteranalyse können die bisher isoliert betrachteten Einflussindikatoren Auskunft über grundsätzliche Raummuster liefern. Diese Topologie wird nicht im Kontext der Pflegebedürftigkeit, sondern des spezifisch auf die Problemanalyse zugeschnittenen Einflussindikatorenkatalogs betrachtet. Die Identifizierung ähnlicher Raummuster erfolgt gemäß der erarbeiteten Teilergebnisse in zwei clusteranalytischen Varianten:

1. Clusteranalyse der 46 Auswahlindikatoren [EI-Auswahl] nach Sachgebieten und insgesamt.
2. Clusteranalyse der Faktoren der Auswahlindikatoren [EI-Faktoren].

Aufgrund des enormen Umfangs der Interpretationsmöglichkeiten clusteranalytischer Ergebnisse werden im Folgenden nur die Ergebnisse der Auswahlindikatoren und Faktoren vergleichend zusammengefasst.²³² Die Zuordnungen der Clusteranalysen sind in Anlage Tab. II-19 und die Bewertungsmatrix in Anlage Tab. II-20 dargestellt.

4.5.6.1 Auswahlindikatoren [EI-Auswahl]

Die Auswahlindikatoren werden jeweils nach den drei Sachgebieten und insgesamt (alle EI-Auswahl) clusteranalytisch untersucht. In Abb. 4-11 sind die Distanzen der Clusterschritte für jedes Sachgebiet (Indikatorengruppe) dargestellt. Die Distanzsprünge (Zunahme der Unähnlichkeit) sind bei der Raumstruktur am geringsten. Erst bei weniger als 5 Clustern nimmt die Distanz deutlich zu (Kombination von kreisfreien Städten und Landkreisen). Bei der Demographie treten größere Distanzsprünge schon weitaus früher auf. Dennoch ist mit der Trennung in 5 Cluster durchgehend eine gute Abgrenzung möglich, ohne dass die Distanzen außerordentlich ansteigen.

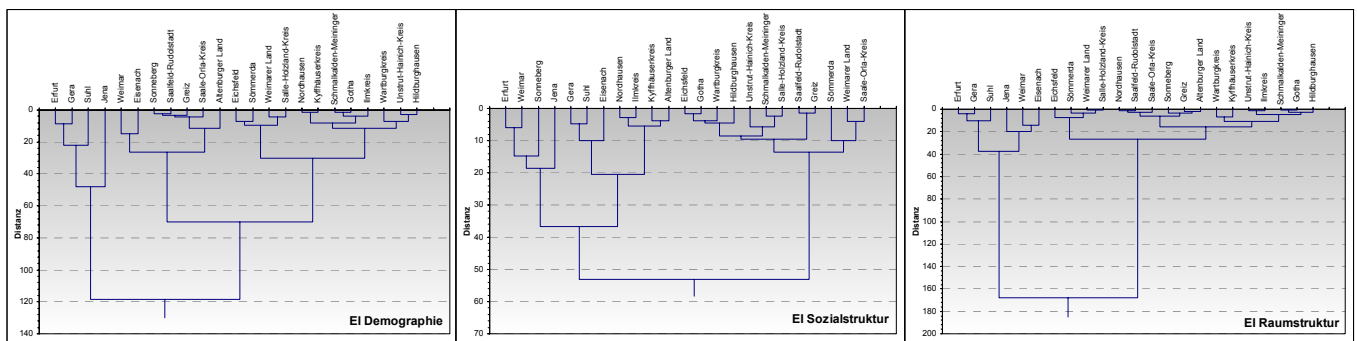


Abb. 4-11: Dendogramme der Clusterdistanzen nach Sachgebieten [EI-Auswahl]

Diese clusteranalytische Detailbetrachtung unterstützt die Interpretation des Gesamtergebnisses der ausgewählten Einflussindikatoren [EI-Auswahl]. Abb. 4-12 zeigt das entsprechende Dendogramm der Ward-Clusteranalyse aller Einflussauswahlindikatoren. Die Distanzsprünge fallen zwar entsprechend größer aus, die Trennung in 5 Cluster markiert aber wiederum die erste große Distanzunahme. Eine Erweiterung auf 6 Cluster würde die Distanz kaum verbessern. Im Kontext der einheitlichen Definition und Systematik (s. Abschnitt 3.6: Stufe 5) wird die grundsätzliche Differenzierung in 5 Cluster nicht verändert.

Die Interpretation der Cluster erfolgt grundsätzlich nach einem Notenspiegel des Indikatorenbesatzes (s. Abschnitt 3.6: Stufe 6). Da eingangs alle Indikatoren „orientiert“ wurden, ergibt sich ein Rang von negativ bis positiv, der die eigentliche Aussage unter- und überdurchschnittlich beinhal-

²³¹ Aus diesem Grund wurden bereits anhand der Detailfaktorenanalyse einzelne Indikatoren identifiziert, die zwar innerhalb des Einflussindikatorenmodells wenig Eigenständigkeit aufweisen aber einen Einfluss auf die Pflege insgesamt erwarten lassen.

²³² Die Basisindikatoren [EI-Basis] werden aufgrund der Ergebnisse der Indikatorenreduktion nicht weiter untersucht. Desgleichen sind die drei extrahierten Faktoren der Basisindikatoren zu allgemein und unscharf, als dass sie hinreichend erklärend sind.

tet. Durch die Mittelwertbildung der Indikatoren eines Clusters können sich aber auch positive und negative Ausprägungen aufheben.

Die endgültige Bewertung erfolgt durch die Bildung eines Notendurchschnitts zu jedem Cluster. Dem niedrigsten Notendurchschnitt wird die Gesamtnote 1 zugeordnet, der kartographisch durch die Farbe grün gekennzeichnet wird.

Zur zweifelsfreien Interpretation bei gleichen Notendurchschnitten wird ferner die Anzahl der „guten“ bzw. „schlechten“ Noten errechnet. Die zwei gleichen Durchschnittsnoten werden entsprechend der höheren Anzahl ihrer Grundposition (mehr negative oder mehr positive) auf zwei Gesamtnoten orientiert. Diese umfangreiche Bewertungsmatrix ist in Anlage Tab. II-20 abgebildet.

Das **Ward-Clusterergebnis** (Karte 4-16) zeigt eine eindrucksvolle Trennung von kreisfreien Städten und Landkreisen. Die Strukturunterschiede sind derart groß, dass die Clusteranalyse bei der Trennung in 5 Gruppen jeweils eine „gute“ und eine „schlechte“ Gruppe für die kreisfreien Städte und Landkreise beschreibt (bzw. die neutrale Note 3 für Weimar und Eisenach). Notenüberschneidungen zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten treten nicht auf. Insgesamt haben die Städte Erfurt, Gera und Suhl die ungünstigste Einflussstruktur (Note 5). Die beste Note wird nur von der Stadt Jena besetzt (Note 1). Bei den Landkreisen überwiegt die Note 4. Nur vier Landkreise weisen eine gute Einflussstruktur auf (Note 2).

Da mit dem Ward-Algorithmus bei der Clusteranalyse keine nachträgliche Justierung der Clusterzugehörigkeit der Kreise erfolgt (hierarchisches Verfahren), wird mittels **partitionierender Clusteranalyse** das Ergebnis verfeinert. Nach Festlegung der Clusterzentren werden die Kreise den 5 Clustern zugeordnet. Die Topologie ist grundsätzlich ähnlich zum Ward-Ergebnis. Die Charakterisierung in „gute“ und „schlechte“ Landkreise und kreisfreie Städte bleibt bestehen. Die große Notengruppe 4 der Landkreise zeigt sich jedoch deutlich differenzierter (Karte 4-17).

Die Landkreise Altenburger Land, Greiz, Saale-Orla-Kreis, Saalfeld-Rudolstadt, Sonneberg und Nordhausen haben danach die eindeutig ungünstigsten Einflusswerte.

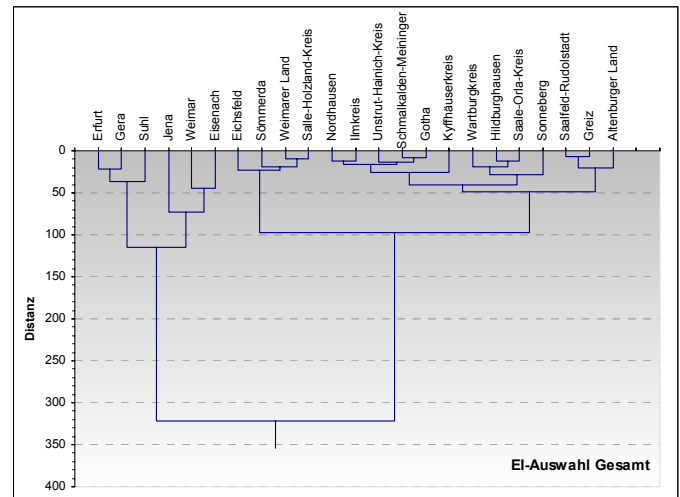
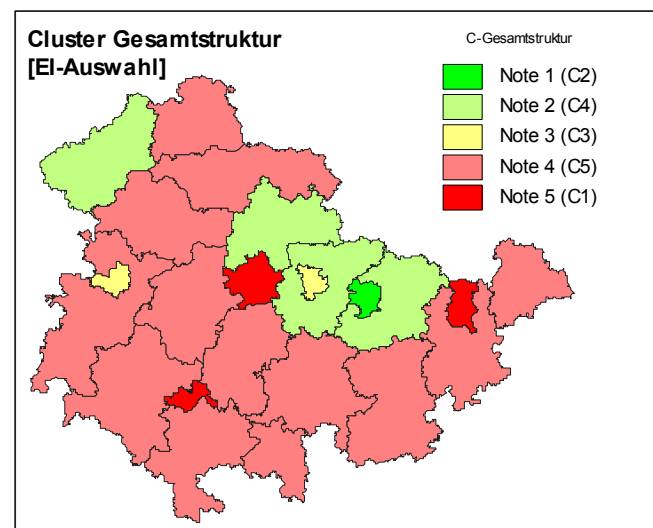
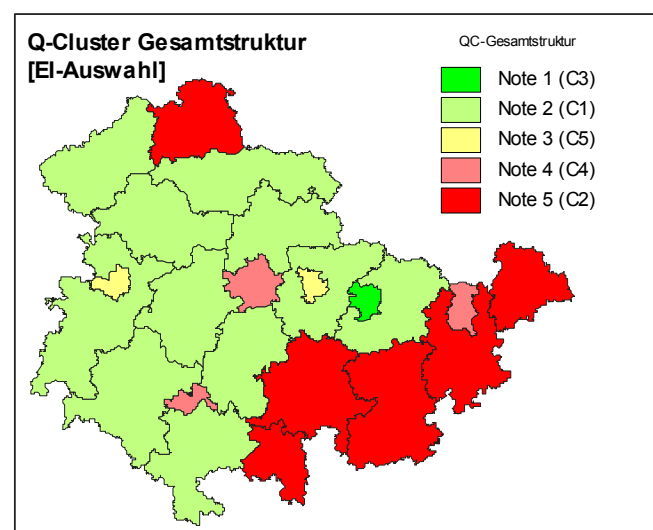


Abb. 4-12: Dendrogramm der Clusterdistanz [EI-Auswahl]



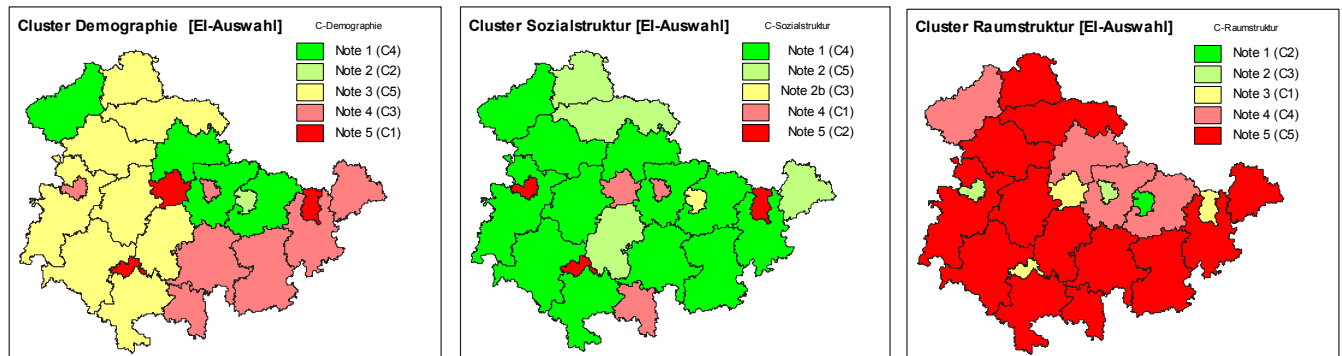
Karte 4-16: Topologie der hierarchischen Clusteranalyse der Auswahlindikatoren [EI-Auswahl] (Ward)



Karte 4-17: Topologie der partitionierenden Clusteranalyse der Auswahlindikatoren [EI-Auswahl] (k-means)

Die übrigen, zuvor ebenfalls negativ eingestuften Landkreise (Note 4) werden mit dem partitionierende Clusterverfahren positiver in die Notengruppe 2 eingeordnet. Die von den Landkreisen im Vergleich zu Karte 4-16 nicht mehr besetzte Note 4 wird von den zuvor schlechter eingeordneten (Note 5) kreisfreien Städten Erfurt, Gera und Suhl belegt.

Die Topologie der Ergebnisse der Clusteranalysen nach Sachgebieten in Karte 4-18 unterstreicht das gezeigte Gesamtbild der Einflussituation. Bei der Indikatorengruppe „Raumstruktur“ wird die insgesamt höhere Versorgungssituation mit einer resultierenden strukturellen Betonung der kreisfreien Städte am deutlichsten. Alle Landkreise erhalten danach eine raumstrukturell ungünstige Bewertung. Umgekehrt zeigen die meisten Landkreise eine positivere Bewertung bei der Sozialstruktur. Hingegen zeigt die Bewertung der Clusterergebnisse der Indikatorengruppe „Demographie“ keine grundlegende Trennung von Landkreisen und kreisfreien Städten, sondern vielmehr eine großräumliche Differenzierung in Ost- und Westthüringen.



Karte 4-18: Topologie der Clusteranalysen nach Sachgebieten [EI-Auswahl]

Von den drei Gruppen der Einflussindikatoren haben erwartungsgemäß demographische Einflussindikatoren die ausgeprägteste Bewertungstopologie. Zu erwarten ist, dass die sozialstrukturellen und raumstrukturellen Einflüsse auf die Pflege „nur“ eine relativ homogene Differenzierung in Landkreise und kreisfreie Städte zeigen werden, aber innerhalb dieser zwei Kreisarten einen deutlichen Erklärungs- und Differenzierungsbeitrag leisten können.

4.5.6.2 Faktoren der Einflussauswahlindikatoren [EI-Faktoren]

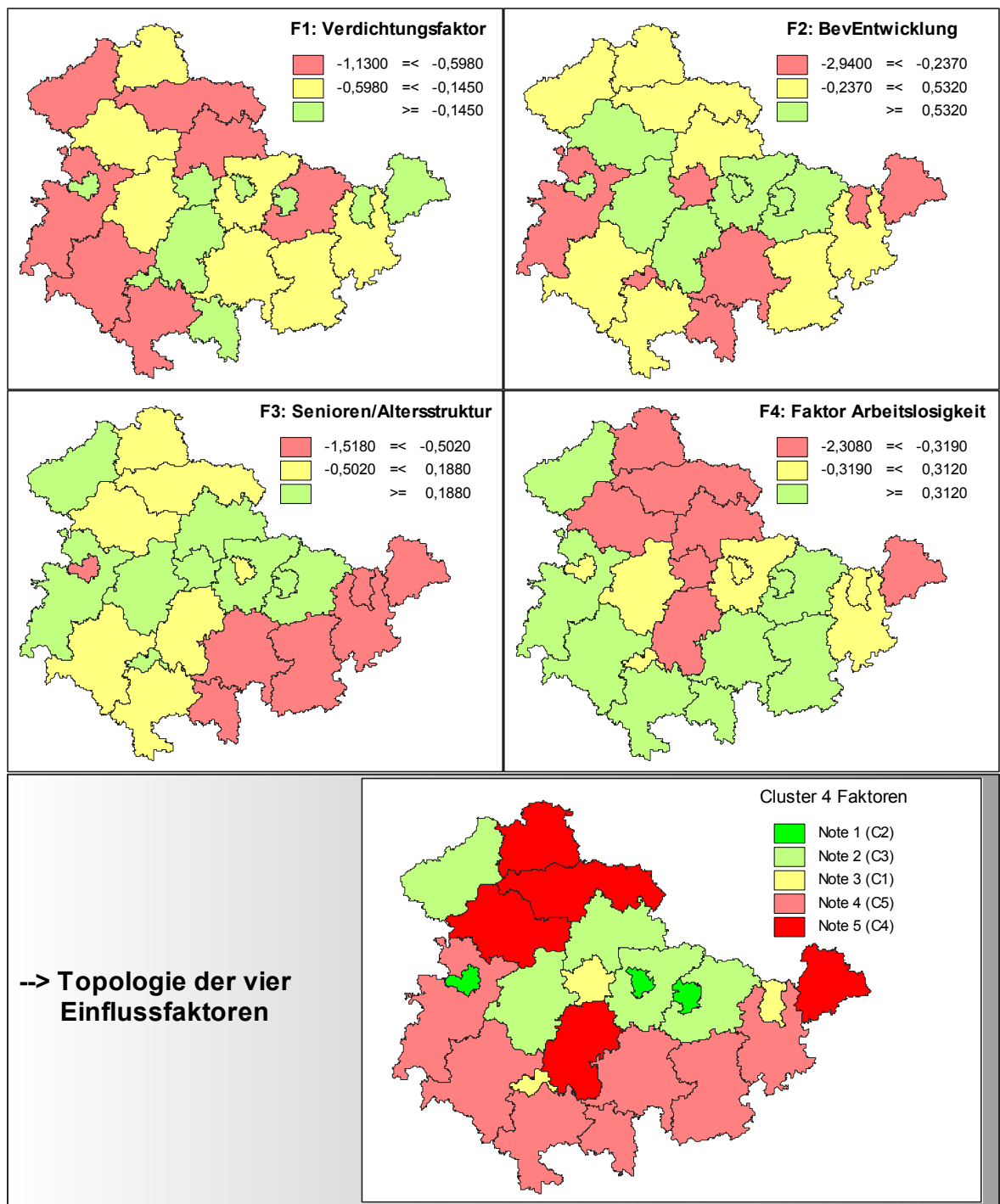
Die Clusteranalyse der extrahierten Faktoren ([EI-Faktoren] der Auswahlindikatoren) wird nur aus methodischen und systematischen Gründen dargestellt. Für die Gesamtbetrachtung ist der Zusammenhang mit den Pflegeindikatoren zielführender. Die Clusteranalyse der Faktoren hat jedoch den beachtlichen Vorteil, dass noch vorhandene Indikatorenredundanzen und -korrelationen durch die Faktorenanalyse herausgefiltert wurden. Die Clusterergebnisse sind weitestgehend verzerrungsfrei.

Die Bewertung der Cluster von Faktorergebnissen mit der systematisch gültigen Methode des Notenspiegels hat die Schwäche, dass die Komplexität des Faktors nicht immer hinreichend genau abgebildet werden kann: Die positiv/negativ Wertung der Faktorladung wird nur übernommen. Für die folgende Topologie der Clusterergebnisse hat die räumliche Gemeinsamkeit der Kreise Priorität, nicht die inhaltliche Bewertung nach Noten. Eine inhaltliche Bewertung mit Faktoren wird erst im Zusammenhang mit den Pflegeindikatoren in Abschnitt 6.1 und 6.2 vorgenommen.

Auffällig ist, dass das Ergebnis prägnanter als die bereits zuvor interpretierten Raummuster der Auswahlindikatoren sind. Die Bewertung der Clusterergebnisse der ersten vier Faktoren (erklärte Gesamtvarianz von 74%) verdeutlicht eine topologische Dreiteilung Thüringens (s. Karte 4-19).²³³

- Die „gut“ bewerteten Kreise Mittelthüringens (und erwartungsgemäß des Landkreises Eichsfeld) bilden zusammen mit den sehr gut bewerteten Städten Jena und Weimar näherungsweise eine zusammenhängende Region.
- Diese gute/günstige Region Mittelthüringen wird eingerahmt von zwei negativ/ungünstig bewerteten Regionen im Norden und Süden.

²³³ Die Topologien der ersten 4 Einflussfaktoren sind in den oberen vier Teilkarten der Karte 4-19 dargestellt. Auf die Darstellung der Clusteranalyse aller 7 Faktoren wird ungeachtet der sehr hohen erklärten Gesamtvarianz von 85% der Einflussindikatoren verzichtet, da die drei letzten Faktoren nicht mehr hinreichend definiert sind.



Karte 4-19: Topologie der Clusteranalyse der Einflussfaktoren [EI-Faktoren]

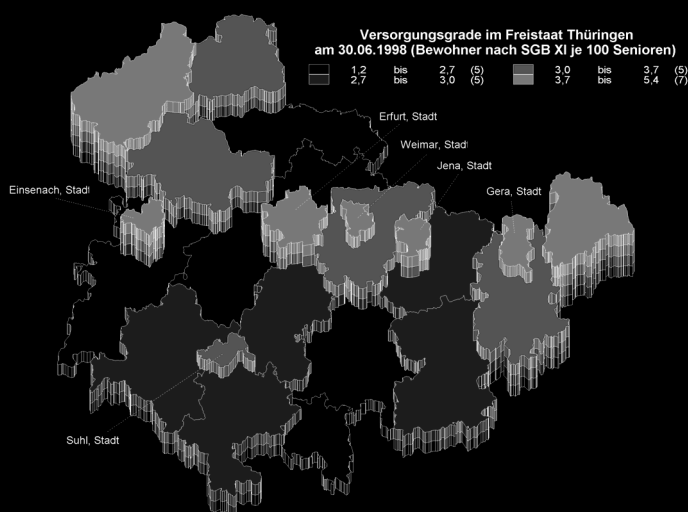
4.6 Einflussituation / Einflussindikatoren

Thüringen zeigt eine pflegerelevante oder besser pflegespezifizierte räumliche Charakteristik, die sich aus den Einzelstrukturen dieses Abschnittes zusammensetzt. So liegen scheinbare Problemregionen bezüglich der Zielorientierung „Pflege“ im südöstlichen und nördlichen Thüringen und die Strukturunterschiede von kreisfreien Städten und Landkreisen sind überproportional groß.²³⁴ Den höchsten topologischen Differenzierungsgehalt haben soziodemographische Indikatoren. Die Stadt Suhl und der Landkreis Eichsfeld fallen bei allen Analysen durch Extrempositionen auf.

²³⁴ Anhand des methodischen Exkurses in Anlage II - 5.2 konnten diese Raummuster bzw. Topologien bestätigt werden. Hierzu wurde ein Analyseweg mit getauschten Fällen/Variablen gerechnet (Clusteranalyse der Indikatoren mit den Kreisen als Variablen).

5 Pflegelandschaft Thüringen

Vorbemerkung und Überblick
Vollstationäre und teilstationäre Pflege
Ambulante und häusliche Pflege
Pflegelandschaft Thüringen insgesamt
Teilergebnis II: Pflegelandschaft
Pflegesituation / Pflegeindikatoren



Alt ist man dann, wenn man nicht mehr
zusammen mit seinen Zähnen schläft.

(Enzo Petrucci)

5 PFLEGELANDSCHAFT THÜRINGEN [PLI]

Die älteste Thüringerin feierte im Jahr 2001 in einem Apoldaer Pflegeheim ihren 107. Geburtstag. Sie wurde 1894 geboren.

5.1 Vorbemerkung und Überblick

Für den Freistaat Thüringen wurden seit Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes vom Autor der vorliegenden Arbeit insgesamt vier Landespflegepläne für die Landesregierung im Auftrag des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit erstellt (vgl. TMSG 1997, TMSG 1998, TMSG 1999 und TMSG 2001). Die Landesregierung folgte damit dem Ziel, nach Maßgabe des § 9 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI), eine leistungsfähige, zahlenmäßig ausreichende und wirtschaftliche pflegerische Versorgungsstruktur vorzuhalten.²³⁵

Mit diesen Arbeiten konnte der Autor die gesamte Entwicklung und Umsetzung der Pflegeversicherung in Thüringen aktiv begleiten und verfolgen. Der Autor hat zudem als studentischer Mitarbeiter der Interdisziplinären Forschungsgruppe Gesundheitswesen die erste systematische Erfassung der Thüringer Altenhilfeinfrastruktur vor Einführung der Pflegeversicherung erstellt (Erhebung aller Altenpflegeheime und Behindertenheime zum 30.06.1994).²³⁶ Mit der daraus entstandenen Diplomarbeit (ZOBEL 1996) konnte dadurch ein Beitrag zur Einführung der Pflegeversicherung und zur Umsetzung des Sonderinvestitionsprogramms nach Artikel 52 PflegeVG geleistet werden.

Ziel nachfolgender Untersuchungen ist eine detaillierte und regional differenzierte Untersuchung der Pflegelandschaft Thüringens. Dabei wird auf die Untersuchungen des Autors zur Landespflegeplanung aufgebaut. Im Zusammenhang mit der Landespflegeplanung konnte die wissenschaftliche Arbeit des Autors demzufolge wiederholt in der Praxis verifiziert und erprobt werden. Das nachfolgende Datenmaterial ist aber in der wissenschaftlichen Aufbereitung und Ausarbeitung weitreichender und detaillierter als es der Landespflegeplan leisten konnte und sollte.

Dieser Arbeit liegen das empirische Material und die Erkenntnisse von vier durch den Autor durchgeführten Grundlagenerhebungen zur Pflegebedürftigkeit und -infrastruktur in Thüringen der Jahre 1994, 1997, 1998 und 1999 sowie die Abstimmungsergebnisse zu den Landespflegeplänen zugrunde.²³⁷ Aus Aktualitätsgründen wird jedoch in der Darstellung überwiegend auf die Daten zum 30.06.1999 abgestellt.²³⁸ Der Schwerpunkt orientiert sich an den drei Angebotsarten der vollstationären, teilstationären und ambulanten Pflege, wobei die voll- und teilstationäre Pflege analytisch im Vordergrund steht.

Nahezu zeitgleich mit der Fertigstellung des letzten 4. Thüringer Landespflegeplans wurden erstmalig Ergebnisse der amtlichen Pflegestatistik für Deutschland und Thüringen veröffentlicht.²³⁹ Danach waren Ende 1999 rund 60.300 Personen in Thüringen pflegebedürftig (2,5% der Bevölkerung). Mehr als drei Viertel der Pflegebedürftigen (rd. 78,%) waren älter als 65 Jahre und mit 68,7% sind mehr als doppelt so viel Frauen von Pflegebedürftigkeit betroffen als Männer (31,3%).

Nach der Einstufung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) waren rund 29.000 Personen (48,0%) der Pflegestufe 1 (erheblich pflegebedürftig), rund 23.000 Personen (38,0%) der Pflegestufe 2 (schwerpflegebedürftig) und rund 8.000 Personen (13,3%) der Pflegestufe 3 (schwerstpflegebedürftig) zugeordnet. Weitere rund 400 Personen (0,7%) waren Ende 1999 noch keiner Pflegestufe zugeordnet.

Im **stationären Bereich** wurden mit rund 14.200 Personen (23,6%) fast ein Viertel aller Pflegebedürftigen betreut. Rund 88,0% waren älter als 65 Jahre und mehr als drei Viertel (77,8%) waren

²³⁵ Grundlage ist § 5 Abs. 1 Satz 1 des Thüringer Gesetzes zur Ausführung des Pflegeversicherungsgesetzes (ThürAGPflegeVG).

²³⁶ Ebenfalls im Auftrag des damaligen Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit (TMSG).

²³⁷ Zur Grundlage 1994 s. ZOBEL (1996). Ebenfalls wurden die Angaben 1996 des 1. Thüringer Landespflegeplans berücksichtigt.

²³⁸ D.h. alle nachfolgenden Angaben beziehen sich stets – sofern nicht auf andere Stichtage/Zeiträume verwiesen wird – bei der Bewohnerstruktur auf den Stichtag 30.06.1999 und bei der Einzugs- und Auszugsstruktur auf den Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999.

²³⁹ vgl. TLS 2000A, TLS 2000B sowie TLS Pressemitteilung 045/2001, Erfurt, vom 01.03.2001 und 06.03.2001.

Frauen. In den 219 stationären Pflegeeinrichtungen Thüringens standen fast 16.000 Plätze zur Verfügung. Das sind im Durchschnitt Thüringens 6,5 Plätze je 1000 Einwohner.

Im **ambulanten Bereich** wurden rund 12.200 Pflegebedürftige von 371 Pflegediensten in Thüringen betreut (ambulante professionelle Pflege).

Pflegegeld für die **häusliche/private Pflege** erhielten Ende 1999 über 37.600 Thüringer. Darunter nahmen ca. 3.800 Kombinationsleistungen in Anspruch. Die anderen rund 33.800 Pflegebedürftigen erhielten ausschließlich Pflegegeld²⁴⁰, ohne dass Leistungen der ambulanten oder stationären Pflege in Anspruch genommen wurden. Von den Empfängern von ausschließlich Pflegegeld waren über 23.300 (69,0%) über 65 Jahre alt und der Anteil der Frauen betrug nur 62,6%.

Diese Ergebnisse der amtlichen Pflegestatistik zur Pflegebedürftigkeit und Pflegeinfrastruktur weichen geringfügig von den Umfrageergebnissen des Autors ab. Die Ursachen liegen am unterschiedlichen Stichtag (Mitte 1999 zu Ende 1999) und in der Umfrageorientierung auf Pflegeeinrichtungen, die im Landespflegeplan aufgenommen wurden (zu Anforderungen und Qualitätsstandards vgl. Abschnitt 2.3.5). Hinzu kommt, dass die vom Autor durchgeführten Erhebungen differenzierter und präziser erfolgten, da daraus ein amtliches Planungsdokument der Landesregierung erarbeitet werden musste. Nur so ist die Angabe der hohen Platzkapazität der stationären Pflegeeinrichtungen in der amtlichen Pflegestatistik von rd. 16.000 Plätzen zu erklären. Sie entspringt eher der Wunschvorstellung bzw. der Platzkapazität aus der Zeit vor Einführung der Pflegeversicherung (in etwa 1993/1994). Solche Diskrepanzen zwischen Angaben der Träger und tatsächlicher Situation sind in den Umfragen durch den Autor dokumentiert und korrigiert worden.

5.2 Vollstationäre und teilstationäre Pflege

Der aktuelle 4. Thüringer Landespflegeplan vom 23.04.2001 weist im Landespflegeverzeichnis insgesamt 234 Pflegeeinrichtungen aus. Von diesen befinden sich 28 Pflegeeinrichtungen in Planung und insgesamt 40 im Bau. Demnach sind 206 Pflegeeinrichtungen im Landespflegeplan am „Netz“. Davon erfasst die Umfrage 190 Pflegeeinrichtungen. 16 Pflegeeinrichtungen konnten zum Stichtag nicht vollständig erfasst werden, da sie nach dem 30.06.1999 in Betrieb gingen oder erstmalig in den Landespflegeplan aufgenommen wurden. Von den 206 Pflegeeinrichtungen sind:

- 186 vollstationäre Dauerpflegeeinrichtungen, davon 4 Pflegeeinrichtungen mit 9 Betriebsabteilungen,
- 3 solitäre Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtungen,
- 2 solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen und
- 15 solitäre Tagespflegeeinrichtungen.

Zum Nutzerschwerpunkt gaben 197 der befragten Pflegeeinrichtungen an, dass sie überwiegend ältere pflegebedürftige Menschen versorgen.

Zum Stichtag 30.06.1999 waren von der Heimaufsicht 15.267 Plätze, bzw. am 01.03.2000 15.253 Plätze genehmigt (genehmigte Plätze laut HeimG). Betrachtet man die Entwicklung der Kapazität in Altenwohnheimen bzw. jetzt Pflegeheimen/-einrichtungen seit 1990, so ist festzustellen, dass die Gesamtkapazität stetig zurückgegangen ist (Abb. 5-1). Von ehemals 21.446 Plätzen der DDR Feierabend- und Altenheime sind 15.267 Plätze verblieben. Gleichzeitig ist die Belegung nach SGB XI (Pflegebedürftige) seit 1996 kontinuierlich angestiegen. Die Ursache liegt in der Einführung der Heimmindestbauverordnung in Verbindung mit dem Auslaufen zahlreicher Übergangs- und Sondergenehmigungen. Entsprechend der HeimMinBauVO sind die aktuellen 15.267 Plätze (wenn auch zum Teil noch befristet) deutlich flächenintensiver als es die gegebenen Möglichkeiten 1990 vorsahen. Die hohen Zimmerbelegungen mit fünf und mehr Bewohnern, wie es in der DDR möglich war, sind nicht mehr zulässig.

Die in vorhergehenden Jahren große Diskrepanz zwischen genehmigten Plätzen laut Heimgesetz und der vorhandenen Platzkapazität aus Sicht der Pflegeeinrichtungen (Angabe der Pflegeeinrichtungsträger) ist bis 1999 erstmals zurückgegangen. Nach Angabe der Einrichtungen liegt die tatsächliche Platzkapazität am 30.06.1999 bei 15.736 Plätzen, d.h. um 455 Plätze über der genehmig-

²⁴⁰ Die Betreuung erfolgte ausschließlich durch Familienangehörige oder Bekannte.

ten Platzzahl. Für rund 962 Plätze (6%) lag nach Trägerangaben nur eine befristete Genehmigung vor (1998 waren noch 8% der Plätze befristet). 1994 betrug der Unterschied 2.328 Plätze (das waren 17% der genehmigten Plätze).

Insgesamt lebten am 30.06.1999 in den Pflegeeinrichtungen 14.727 Bewohner (vollstationäre Dauerpflege: 14.550, Kurzzeitpflege: 177), von denen 12.937 Bewohner pflegebedürftig im Sinne SGB XI waren (vollstationäre Dauerpflege: 12.770, Kurzzeitpflege: 167). Das waren 4,3% mehr Pflegebedürftige als 1998. Die Tagespflege wurde am Stichtag von 352 Personen genutzt, von denen 352 pflegebedürftig im Sinne SGB XI waren (im Vergleich zu 1998 ein Zuwachs von 52,4%).

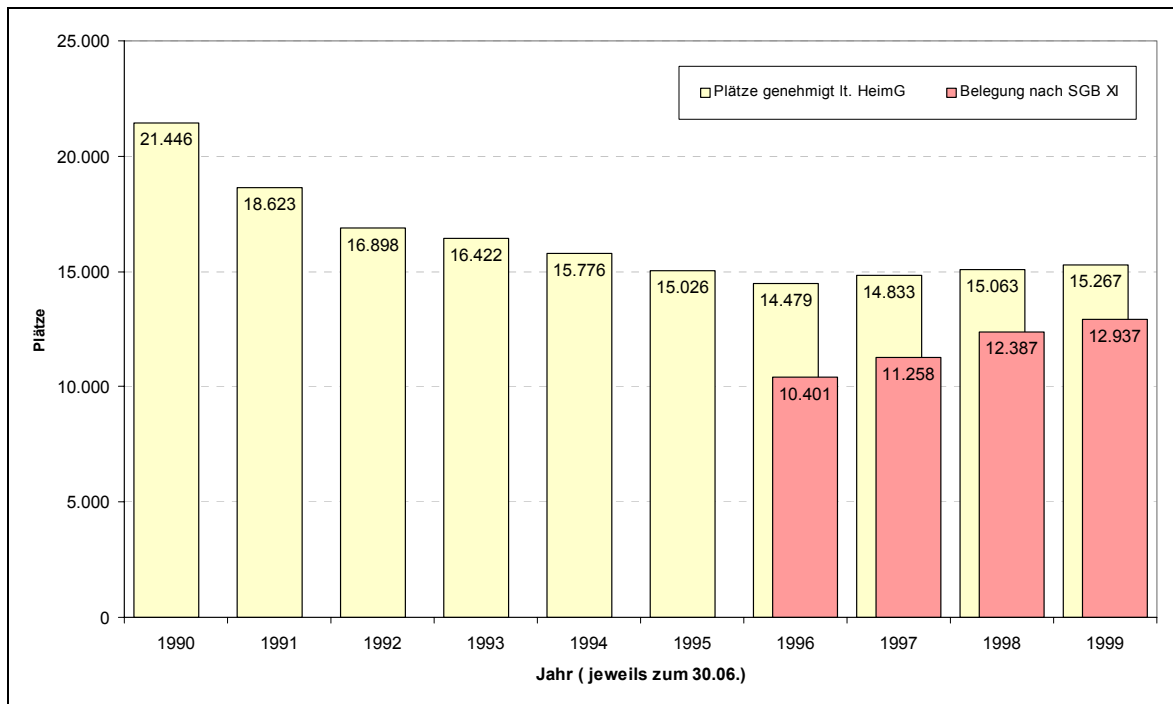


Abb. 5-1: Entwicklung des Platz- bzw. Pflegeplatzangebots in Thüringen seit 1990

Der **Auslastungsgrad** (Belegung im Verhältnis zu genehmigten Plätzen laut HeimG) betrug zum Stichtag bezogen auf alle stationären Bewohner rund 97%. Bei der ersten Umfrage 1994 lag der Auslastungsgrad bezogen auf die genehmigten Plätze laut HeimG noch bei rd. 92%. Regional kam es damals wie auch heute zu offensichtlichen Überbelegungen. Im Sinne SGB XI muss eine Wertung jedoch mit der Angabe „pflegebedürftige Bewohner zu genehmigten Plätzen“ erfolgen. Diese vernachlässigt zwar andere Bewohnergruppen, zeigt aber hohe potentielle Kapazitäten für pflegebedürftige Menschen. Ausreißer sind die Einrichtungen, deren Anteil pflegebedürftiger Bewohner entweder sehr gering ist oder deren Einstufung nach SGB XI nicht erfolgen konnte (eine Einrichtung mit nichtversicherten Bewohnern).

Der **Auslastungsgrad bezogen auf die pflegebedürftigen Bewohner** im Sinne des SGB XI beträgt rund 84,7%. Der Vergleich 1997 mit rd. 76% und 1998 mit rd. 82% zeigt, dass die Plätze entsprechend den Anforderungen nur noch mit Pflegebedürftigen belegt werden. Zu berücksichtigen ist, dass auch weiterhin Bewohner der Stufe 0 und teilweise noch vorhandene Wohnfälle langsam in eine Pflegestufe „hineinwachsen“ werden. Diese Plätze stehen nicht unmittelbar als zusätzliche Kapazität zur Verfügung, da ein Umzug in andere Wohnformen der nichtpflegebedürftigen Bewohner nur die Ausnahme ist (s. Abschnitt 5.2.3.9). Für die Beurteilung der potentiellen Gesamtkapazität ist die regionalisierte Auslastung von Bedeutung. Werte um 95% bezogen auf die gesamte vollstationäre Belegung gelten als „normal“ und resultieren aus der Fluktuationsrate (Auszug und Neubezug).

In Thüringen wurden im Zeitraum vom 01.07.1998 bis 30.06.1999 insgesamt 4.569.619 **Betreuungstage** in der vollstationären Pflege geleistet (lt. Fragebogen). Bei der Division der Betreuungstage durch 365 Tage ergibt sich ein Wert von durchschnittlich 12.520 Pflegebedürftigen pro Tag (im Zeitraum 1997/1998 waren es 13.660). In der Tagespflege waren es 129 und in der Kurzzeitpflege 148 Pflegebedürftige pro Tag. Die Differenz zu den Pflegebedürftigen insgesamt am

30.06.1999 von 492 zeigt, dass die wirklichen Werte etwas höher liegen werden, da nicht alle Einrichtungen eine Angabe zu den Betreuungstagen gemacht haben.

Der Aspekt **Fehlbelegung** (Bewohner, die nicht alters- oder pflegebedingt in den Einrichtungen leben: z.B. Suchtkranke oder Behinderte) ist kaum noch zu differenzieren. Die entscheidende Frage nach Pflegebedürftigkeit im Sinne SGB XI bzw. „nicht pflegebedürftig“ geht aus der Bewohnerstruktur hervor. Mit Fehlbelegung sollten demzufolge Bewohner jenseits der Gruppen „Stufe 0“ und Wohnfälle näher spezifiziert werden (z.B. Suchtkranke oder Behinderte). Ungeachtet der Schwierigkeit bei der Beantwortung dieser Frage (Definition Fehlbelegung) konnten rund 80% der vollstationären Einrichtungen eine Angabe machen (überwiegend keine Fehlbelegung mit Eintrag 0). Nach Angaben der Einrichtungen ergibt sich insgesamt eine Fehlbelegung in vollstationären Pflegeeinrichtungen von 765 Bewohnern bzw. einem Anteil an der gesamten Belegung von 5,4%.

Ziel des PflegeVG war es, Pflegebedürftigkeit von der **Sozialhilfe** zu trennen. Die Umfrage ergab 3.230 pflegebedürftige Sozialhilfeempfänger (28,7% der pflegebedürftigen Bewohner).

5.2.1 Pflegeinfrastruktur: stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen

5.2.1.1 Angebote und Leistungen der Pflegeinfrastruktur

Die Angebotsstruktur im Freistaat Thüringen kann neben der Differenzierung nach vollstationären (183) und teilstationären (13) Pflegeeinrichtungen feiner untergliedert werden. Mit der Frage „Angebot des Trägers am Standort der Einrichtung“ wurde das Leistungsspektrum der Einrichtungen ermittelt.²⁴¹ Zusammenfassend ergibt sich folgendes stationäres und teilstationäres Pflegeangebot in Thüringen (Abb. 5-2):

- Vollstationäre Dauerpflege wird in insgesamt 188 Pflegeeinrichtungen angeboten. Dieser Zuwachs um 7 Pflegeeinrichtungen im Vergleich zum 3. Landespflegeplan ist auf die Fertigstellung von Projekten des Landesinvestitionsprogramms zurückzuführen.
- 152 der befragten Pflegeeinrichtungen geben an, Kurzzeitpflege anzubieten (darunter 5 solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen und 1 solitäre Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtung). 13 Pflegeeinrichtungen planen ein solches Angebot. Lediglich 71 Pflegeeinrichtungen, die Kurzzeitpflege anbieten, hatten am Stichtag 30.06.1999 tatsächlich auch Nutzer. Die Größenordnung liegt bei den meisten Pflegeeinrichtungen nur im Bereich von 1 bis 3 Bewohnern (58 mit bis zu 3 Bewohnern). 120 Pflegeeinrichtungen hatten im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 Einzüge in die Kurzzeitpflege. Das Platzangebot in der Kurzzeitpflege besteht überwiegend aus eingestreuten Pflegeplätzen und im Vergleich zum Vorjahr mit stark zunehmender Tendenz.²⁴¹ Insgesamt wird eine Kapazität von 141 nicht eingestreuten Kurzzeitpflegeplätzen angegeben. Im Landespflegeplan werden davon als wirklich vorhandene Kapazität für Thüringen jedoch nur 57 Plätze ausgewiesen. Das sind nur 40% der Kapazität des 3. Landespflegeplans.
- 58 der befragten Pflegeeinrichtungen bieten Tagespflege an (darunter 17 solitäre Tagespflegeeinrichtungen und 1 solitäre Kurzzeit- und Tagespflegeeinrichtung), weitere 22 Einrichtungen planen ein Tagespflegeangebot. Von den 58 Pflegeeinrichtungen, die Tagespflege anbieten, hatten zum Stichtag 30.06.1999 nur 39 Tagespflegeeinrichtungen auch Nutzer. Auch bei der Betrachtung der Neuaufnahme im Bereich Tagespflege konnten 41 Pflegeeinrichtungen im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 Nutzer der Tagespflege verzeichnen, darunter nur 30 Einrichtungen mit mehr als 3 neuen Nutzern im Zeitraum. Die Kapazität hat sich um rd. 17% auf 507 Plätze erhöht. Die Anzahl der Nutzer ist ein wichtiges Kriterium für das Angebot einer sinnvollen Tagespflege (z.B. Beschäftigungstherapie oder Tagesstrukturierung).²⁴² In 31 Pflegeeinrichtungen besteht das Tagespflegeangebot von Montag bis Freitag, in 4 Pflegeeinrichtungen zusätzlich am Samstag und Sonntag und

²⁴¹ Bei den Angebotsgruppen ist zwischen Angebot und Nachfrage zu unterscheiden. Der überwiegende Teil des Angebotes Kurzzeitpflege besteht aus eingestreuten Plätzen, bzw. es wurden im Gliederungspunkt „Kurzzeitpflege“ keine Angaben gemacht. Da keine echte Vorhaltung und zudem keine Nachfrage (Nutzer bzw. Betreuungstage) genannt wird, kann höchstens von einem potentiellen Angebot gesprochen werden. Für die Einrichtung ist eine vollstationäre Belegung deutlich lukrativer, d.h. eine Belegung mit Kurzzeitpflege ist nachrangig. Vergleichbar sind sicherlich auch einige andere Angebotsarten zu werten. Eine Verifizierung dieser Annahme ist an dieser Stelle nicht möglich.

²⁴² Im Gegensatz zur Kurzzeitpflege, die sich relativ nahtlos in die stationäre Pflege integriert.

18 Pflegeeinrichtungen machten dazu keine Angaben. Solitäre Tagespflege wird ähnlich wie die Kurzzeitpflege hauptsächlich in Anbindung an Sozialstationen und nur zum Teil in Anbindung an die vollstationäre Pflege realisiert. Durch die geleistete häusliche Pflege können ambulante Dienste einen möglichen Bedarf gut erkennen und zur Ergänzung direkt dem Pflegebedürftigen anbieten. Dieser Sachverhalt kommt dem Ziel eines Pflegenetzwerkes nach, in dem abgestufte Leistungen ineinander übergehen. Solitäre Tagespflegeeinrichtungen sind relativ selten. Die Platzkapazität liegt mit rd. 15 Plätzen bei solitären Einrichtungen vielfach über den Richtlinien (ThürAGPflegeDVO).

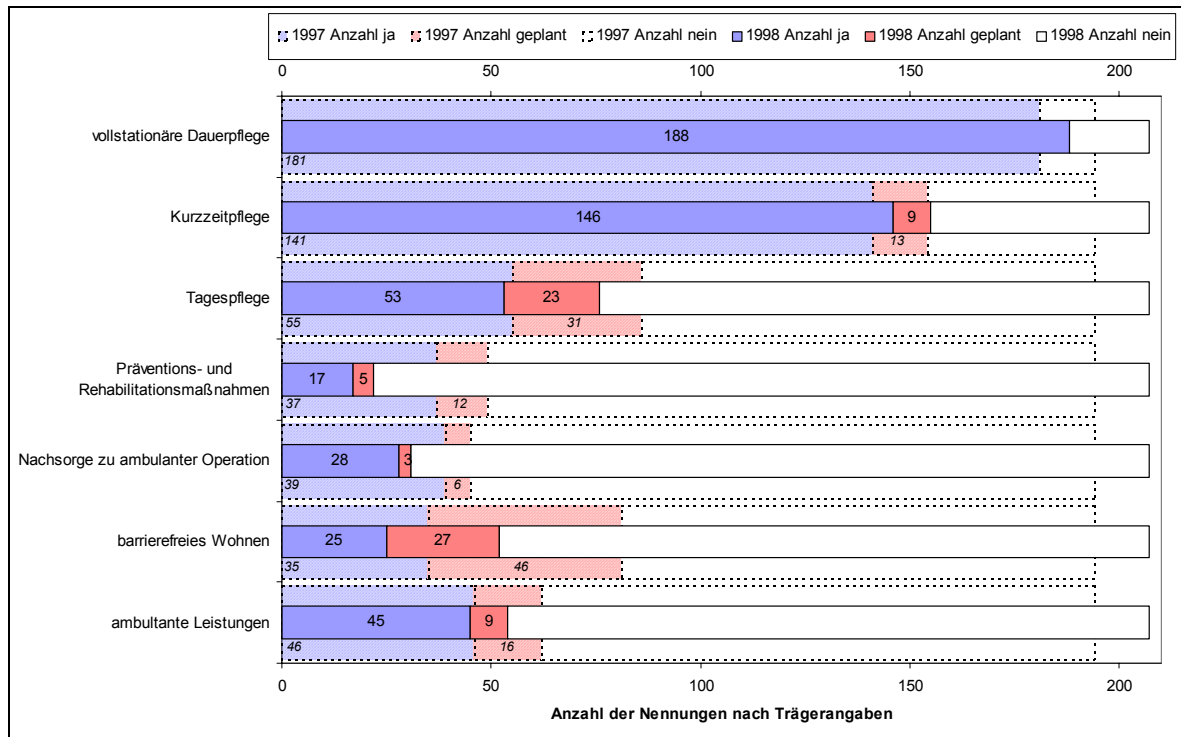


Abb. 5-2: Angebot am Standort der Einrichtung am 31.12.1998

Festzustellen ist, dass die Bereiche Kurzzeit- und Tagespflege nicht hinreichend gut quantifiziert und schon gar nicht qualifiziert werden können. Zu unterschiedlich sind genannter Wunsch und Realität. Nahezu jede Einrichtung plant ein Angebot. Unter dem Gesichtspunkt, dass die teilstationäre Pflege bereits seit dem 01.04.1995 (1. Stufe der Pflegeversicherung) gilt, ist diese Tatsache eindeutig negativ zu bewerten. Es zeigt jedoch auch, wie schwierig es ist, neue Angebotsformen gegenüber tradierten Vorstellungen durchzusetzen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sowohl Tagespflege als auch Kurzzeitpflege zu wenig Beachtung finden. Die erhobenen Strukturdaten lassen einen ersten Trend einer Entlastung der stationären Pflege erkennen. Die Nutzerzahl insgesamt und die Betreuungstage erlauben jedoch kaum Rückschlüsse auf einen quantifizierbaren Bedarf. Dies liegt nicht nur an der unzureichenden Beantwortung dieser Frage, sondern vielmehr an der Tatsache, dass das vorgehaltene Angebot zur Zeit nicht ausreichend für eine statistische Aufbereitung ist. Tages- und Kurzzeitpflege wird vielfach gewünscht, aber von den Einrichtungen (aus finanziellen Gründen) nicht umgesetzt.

Im Sinne des SGB XI müssen beide Angebotsarten verstärkt ausgebaut werden. Wirkliche Vorhaltung bzw. Versorgungssicherung sollte – so zeigt das Ergebnis der Umfrage – nicht mit eingestreuten Plätzen erfolgen, da diese Plätze so schnell wie möglich wieder mit stationären Dauerpflegebedürftigen belegt werden.

5.2.1.2 Standort der Pflegeinfrastruktur (Topologischer Gesamtüberblick)

Die Standorte der stationären Pflegeinfrastruktur werden in Karte 5-1 kartographisch zusammengefasst. Diese bildliche Darstellung erlaubt noch keine Aussage zur regionalen Versorgungsqualität bzw. zu regionalen Disparitäten, da ausschließlich Angaben der Einrichtungsträger berücksichtigt wurden und so oft Wunsch und Realität nicht immer in Einklang zu bringen sind.



Karte 5-1: Standort und Angebotsstruktur der Pflegeeinrichtungen im 4. Thüringer Landespflegeplan

Die Veränderungen der stationären Pflegeinfrastruktur seit 1994 und insbesondere seit Veröffentlichung des 1. Landespflegeplans sind vielfältig. Da 1994 Umstrukturierungen der unmittelbaren Nachwendezeit bereits weitestgehend vollzogen waren, werden Erstuntersuchungen der Altenhilfe- bzw. Pflegestruktur aus dem Jahr 1990 nicht berücksichtigt. Die Situation stellt sich folgendermaßen dar²⁴³ (zur kartographischen Darstellung s. Anlage Karte III-1 und Karte III-2):

- Insgesamt wurden 39 Einrichtungsschließungen seit 1994 dokumentiert und
- 131 Einrichtungen sind entweder neu errichtete oder haben modernisierte/sanierte Plätze (darunter 77 Neubauten bzw. Ersatzneubauten).
- Vor der Pflegeversicherung 1994 gab es 190 Einrichtungen,
- der 1. Landespflegeplan 1996 beinhaltet 214 Einrichtungen (darunter 17 Projekte); insgesamt 197 am Netz,
- der 2. Landespflegeplan 1997 beinhaltet 233 Einrichtungen (darunter 6 Schließungen und 29 Projekte); insgesamt 198 am Netz,
- der 3. Landespflegeplan 1998 beinhaltet 235 Einrichtungen (darunter 4 Schließungen und 20 Projekte); insgesamt 211 am Netz,
- der 4. Landespflegeplan 1999 beinhaltet 229 Einrichtungen (darunter 3 Schließungen und 20 Projekte) insgesamt 206 am „Netz“ und
- 1999 gab es zusätzlich 9 dokumentierte Einrichtungen außerhalb der Landespflegeplanung.

Von den stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen haben knapp 83% ihren Standort in einem zentralen Ort. Werden nur die Landkreise betrachtet, haben nur rd. Drei Viertel der Einrichtungen ihren Standort in einem zentralen Ort (76,5%). Bezüglich der Gebietskategorien ist festzustellen, dass die meisten Pflegeeinrichtungen ihren Standort im verdichteten Gebieten haben (65%

²⁴³ Sogenannte Organisationseinheiten werden nicht berücksichtigt. Als Pflegeeinrichtung zählen einzelne Häuser, nicht deren Verbund. Bei der Bewohnerstruktur ist zu berücksichtigen, dass in seltenen Fällen nur unzureichende Angaben vorliegen (insbesondere bei Neubauten nach einem Stichtag oder Schließung kurz nach dem Stichtag). Dadurch kann es zu Abweichungen in der Einrichtungszahl kommen.

der Einrichtungen mit 71% der Bewohner). Jedoch haben ländliche Räume und hier speziell die ländlichen Räume mit wirtschaftsstrukturellen Stärken den höchsten SGB XI-Auslastungsgrad im Vergleich zu verdichteten Gebieten (Tab. 5-1). Verallgemeinert zeigen die Gebietskategorien ebenso wie die Zentralörtlichkeit, dass sowohl im ländlichen Raum als auch in zentralen Orten niedrigerer Kategoriestufe die Pflegeinfrastruktur intensiver genutzt wird (hoher Auslastungsgrad, hoher Pflegegrad, höheres Durchschnittsalter usw.).

Tab. 5-1: Pflegeinfrastruktur nach Standort (Gebietskategorien und zentrale Orte)

Standort der Pflegeinfrastruktur nach Gebietskategorien und Kategorien zentraler Orte		Pflegeeinrichtungen		genehmigte Plätze laut HeimG			Bewohner		Bewohner nach SGBXI	
		Anzahl	Anteil [%]	am 30.06.99	Anteil [%]	SGBXI Auslastungsgrad	am 30.06.99	Anteil [%]	am 30.06.99	Anteil [%]
Gebietskategorie nach IFR	Verdichtete Gebiete	165	65,0	10880	71,3	84,0	10750	71,2	9388	70,6
	Ländliche Gebiete im Einzugsbereich der Zentren	8	3,1	484	3,2	86,4	491	3,3	424	3,2
	Ländliche Räume mit spezieller Problemstruktur	41	16,1	2158	14,1	84,2	2108	14,0	1871	14,1
	Ländliche Räume mit wirtschaftsstrukturellen Stärken	39	15,4	1729	11,3	90,5	1745	11,6	1606	12,1
	Strukturschwacher ländlicher Raum	1	0,4	16	0,1			0,0		0,0
Zentraler Ort	Ja	210	82,7	13275	87,0	84,3	13074	86,6	11464	86,3
	Nein	44	17,3	1992	13,0	87,8	2020	13,4	1825	13,7
Stufe zentraler Ort	1 Oberzentrum (OZ)	39	15,4	3407	22,3	79,6	3315	22,0	2779	20,9
	2 Mittelzentrum mit Teilfunktion OZ	54	21,3	3044	19,9	89,2	3102	20,6	2779	20,9
	3 Mittelzentrum	52	20,5	4023	26,4	81,5	3845	25,5	3334	25,1
	4 Teilfunktionales Mittelzentrum	12	4,7	781	5,1	89,9	773	5,1	709	5,3
	5 Unterzentrum	37	14,6	1338	8,8	87,2	1329	8,8	1202	9,0
	6 Kleinzentrum	16	6,3	682	4,5	90,5	710	4,7	661	5,0
	kein ZO	44	17,3	1992	13,0	87,8	2020	13,4	1825	13,7
Stufe zentraler Ort (reduziert)	1 Oberzentrum	93	36,6	6451	42,3	84,1	6417	42,5	5558	41,8
	3 Mittelzentrum	64	25,2	4804	31,5	82,8	4618	30,6	4043	30,4
	5 Unterzentrum	37	14,6	1338	8,8	87,2	1329	8,8	1202	9,0
	6 Kleinzentrum	16	6,3	682	4,5	90,5	710	4,7	661	5,0
	kein ZO	44	17,3	1992	13,0	87,8	2020	13,4	1825	13,7
Summe (jeder Hauptgruppe)		254	100,0	15267	100,0		15094	100,0	13289	100,0

5.2.1.3 Infrastrukturelle Einbindung und städtebaulicher Standort der Pflegeeinrichtungen

Der städtebauliche Standort der Einrichtungen ist ein elementarer Aspekt bei der Integration Pflegebedürftiger in das öffentliche Leben. 59% der Einrichtungen geben einen innerörtlichen bzw. innerstädtischen Standort an (Tab. 5-2). Diese Orientierung ist eindeutig positiv zu werten. Es kann zunächst davon ausgegangen werden, dass dadurch potentiell eine Integration in das gesellschaftliche Leben möglich ist. Weitere 41% der Pflegeeinrichtungen bezeichnen ihren Standort als Stadt- oder Ortsrandlage. Viele dieser Einrichtungen sind Plattenbauten, die überwiegend im Kontext des DDR-Wohnungsbauprogramms entstanden und daher in den Randgebieten liegen (s. Anlage Karte III-3). Diese Randlage relativiert sich aber in der Regel durch eine gute Integration in das umgebende Wohngebiet.

Tab. 5-2: Standort der Einrichtungen im 4. Landespflegeplan innerhalb der Gemeinden

Standort innerhalb der Gemeinde	Pflegeeinrichtungen		genehmigte Plätze laut HeimG 1999		vollstationäre Dauerpflege		Kurzzeitpflege		Tagespflege		Belegung nach SGB XI	
		%		%		%		%		%		%
innerörtliche/innerstädtische Lage	123	59	6731	46	5564	45	83	50	252	74	5899	46
Stadt- oder Ortsrandlage	87	41	8044	54	6808	55	83	50	88	26	6979	54
außerhalb eines Ortes / einer Stadt	7	3	492	3	398	3	1	1		0	399	3
Summe	210	100	14775	100	12372	100	166	100	340	100	12878	100

Einrichtungen außerhalb eines Ortes oder einer Stadt zeigen aufgrund der Angaben im Fragebogen überwiegend eine Spezialisierung. Sie kompensieren die Entfernung zu den „Mitmenschen“ durch die Unterstreichung des „Besonderen“. In diesem Zusammenhang exemplarisch ist das Kloster Zella: Die Lage dieser Pflegeeinrichtung in einer reizvollen Landschaft und im Einklang mit dem malerischen Baukörper hat eigene Qualitäten und unterstreicht den Wunsch nach einer vielfältigen Angebotssicherung. Eine exaktere Bewertung der städtebaulichen Lage der Einrichtungen ist im Rahmen des Maßstabs der vorliegenden Arbeit nicht sinnvoll. Städtebauliche, stadtsoziologische und architektonische Aspekte der Einzeleinrichtungen wären bei einer genauen Standortfrage zu klären. Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt aber, dass eine leichte Zunahme innerörtlicher/innerstädtischer Standorte stattgefunden hat.

Bei den Umfragen (s. Fragebogen Anhang Abschnitt 8.2) wurde mit einer weiteren standörtlichen Differenzierung nach der infrastrukturellen Einbindung der Pflegeeinrichtungen gefragt. Die daraufhin vielfach gestellte Frage, „in welcher Weise Schwer- und Schwerstpflegebedürftige einen der abgefragten räumlichen Bezugspunkte erreichen bzw. nutzen könnten“, ²⁴⁴ soll in diesem Rahmen nicht weiter diskutiert werden. Tatsache ist, dass bereits der Blick durchs Fenster auf ein geschäftiges Treiben oder der monatliche Besuch der naheliegenden Arztpraxis und ein Spaziergang - nicht nur im angrenzenden Garten - maßgeblich zur Lebensqualität beitragen.

Mit der infrastrukturellen Einbindung wurde nach der Erreichbarkeit von kommunalen Einrichtungen in Metern und Gehminuten gefragt. Der Versuch, als Messgröße Gehminuten anzugeben, sollte die eingeschränkte Mobilität der Bewohner berücksichtigen. Da verständlicherweise die Heimleitungen beim Ausfüllen der Fragebögen nicht die Möglichkeit zur einheitlichen Prüfung hatten, sind die Angaben „Gehminuten“ nicht generalisiert zu verwenden. Die Charakterisierung einzelner Einrichtungen ist damit aber gegeben, wird hier jedoch nicht weiter ausgeführt. Auch kam es bei der Frage nach „Parkanlagen/Spielplätzen“ ²⁴⁵ zu Missverständnissen. So gaben einige Einrichtungen hier die Entfernung zu PKW-Stellplätzen an. Unter dem Gesichtspunkt der zunehmenden Motorisierung aller Altersgruppen und Geschlechter ist das gewissermaßen eine vorausschauende Einordnung für den PKW als „Rollstuhl der Zukunft“. Für den eigentlichen Fragekontext ergibt sich daraus jedoch keine neue Qualität.

Die Untersuchung zur infrastrukturellen Einordnung baut auf der kontinuierlichen Fortschreibung der Erhebung seit 1997 auf. Insgesamt haben 184 der 203 Pflegeeinrichtungen des 4. Landespflegeplans dazu Angaben gemacht. Dabei ist zu unterscheiden zwischen „keiner Angabe“, die überwiegend das Fehlen der Kategorie im Einzugsbereich meint, und der Angabe „0“, die im übertragenen Sinne das Vorhandensein innerhalb des Hauses oder auch direkt in der Nachbarschaft charakterisiert.

Grundlegende Infrastruktureinrichtungen zur potentiellen Steigerung der Lebensqualität und ein Minimum an Erlebniswelt wie Ärzte (58% der Einrichtungen) und Lebensmittelgeschäfte (81% der Einrichtungen) sind überwiegend „fußläufig“ erreichbar (bis 500m). Die dargestellte mittlere Entfernung ist aufgrund der Standortvielfalt der Einrichtungen nur tendenziell zu werten. Arztpraxen sind durchschnittlich 676 Meter entfernt und durch das Angebot / die Hilfestellung der Begleitdienste durch die Einrichtungen für die Pflegebedürftigen problemlos erreichbar. Ebenso Lebensmittelgeschäfte, die allerdings in größeren Einrichtungen innerhalb des Hauses angeboten werden.

Höherwertige Infrastrukturen wie Zentrum, Fußgängerzone und Bahnhof sind kaum erreichbar (1.000 Meter und mehr: s. Abb. 5-3). Nur 41% der Einrichtungen liegen mit unter 500m noch fußläufig vom Zentrum entfernt, während noch 5% der Einrichtungen eine unmittelbare räumliche Nähe zu einer Fußgängerzone ²⁴⁶ (unter 100m) haben. Diese Standorte von Pflegeeinrichtungen im Zentrum einer Stadt/Gemeinde und dann noch im Mittelpunkt des öffentlichen Geschehens sind idealtypisch für eine Integration pflegebedürftiger Menschen zu bewerten.

Zusammenfassend ist daher die erste Aussage „überwiegend innerörtliche/innerstädtische Standorte“ zu relativieren. „Innerörtlich“ ist nicht generell mit zentraler Integration in das öffentliche oder gesellschaftliche Leben gleichzusetzen. Ohne Zweifel zeigt die allgemeine infrastrukturelle Ein-

²⁴⁴ Abgefragt wurden u.a. die Entfernungen zu Spielplätzen, zum Zentrum, zur Fußgängerzone, zu Ärzten oder Apotheken.

²⁴⁵ In Abb. 5-3 mit Spielplätzen abgekürzt.

²⁴⁶ Zu beachten ist, dass nur insgesamt 63% der Einrichtungen dazu eine Angabe machen können, sicher in Abhängigkeit der Siedlungskategorie.

bindung aber, dass die traditionelle Einstellung „alte Menschen wollen im Grünen und in Ruhe leben, am besten in einem fernen Schloss“ in dieser Form heute nicht mehr existiert. Diese Erkenntnis wurde auch aus Gesprächen mit Bewohnern und Heimleitern deutlich. Zimmer zur Straße haben regelrechte Wartelisten – ungeachtet der Lärmbelästigung.

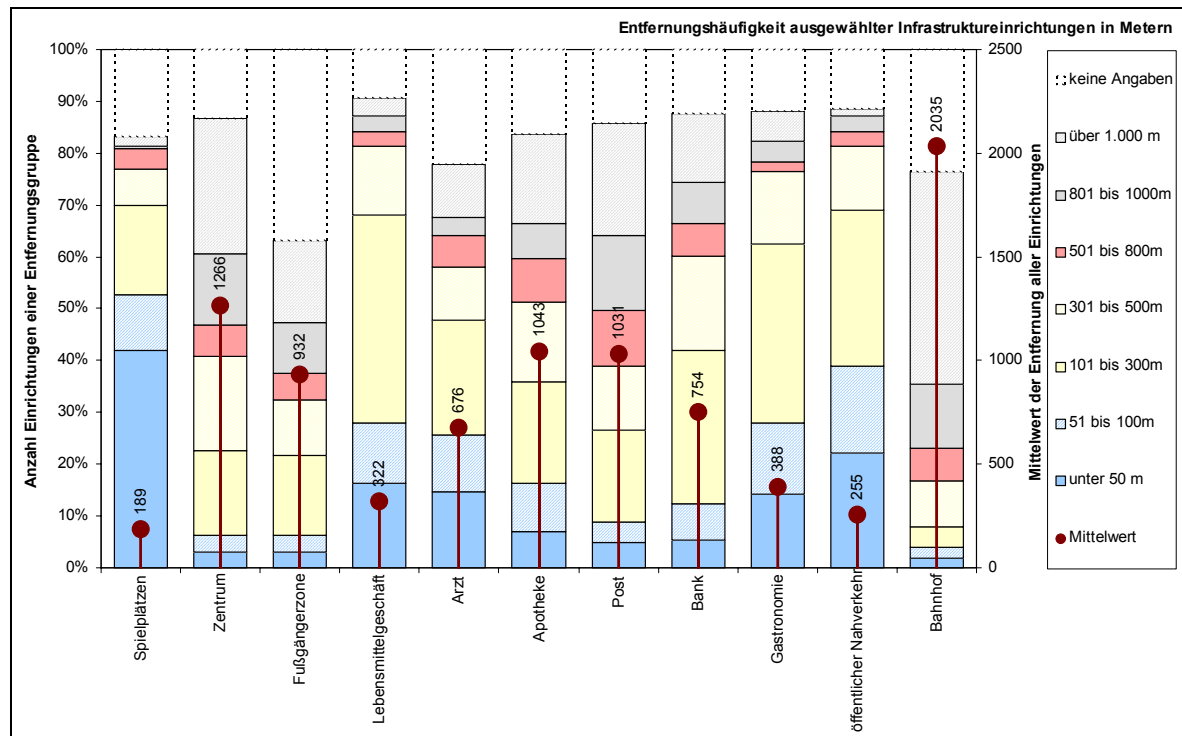


Abb. 5-3: Infrastrukturelle Einbindung der Pflegeeinrichtungen in Metern

Mit Abb. 5-4 werden anhand eines graphischen Rasters der Häufigkeiten, die Schwerpunkte und Ähnlichkeiten der infrastrukturellen Einbindung aller Pflegeeinrichtungen verdeutlicht. Hohe Einrichtungskonzentrationen (Häufigkeit) liegen im Bereich von 101 bis 300m der Kategorien Lebensmittelgeschäft sowie Bank, Gastronomie und öffentlicher Nahverkehr. Bei der Entfernung zum Bahnhof liegt die Konzentration bei über 1000m (ähnlich groß auch beim Zentrum und der Post). Die hohe Konzentration von Spielplätzen/Parkanlagen wurde zuvor bereits erwähnt.

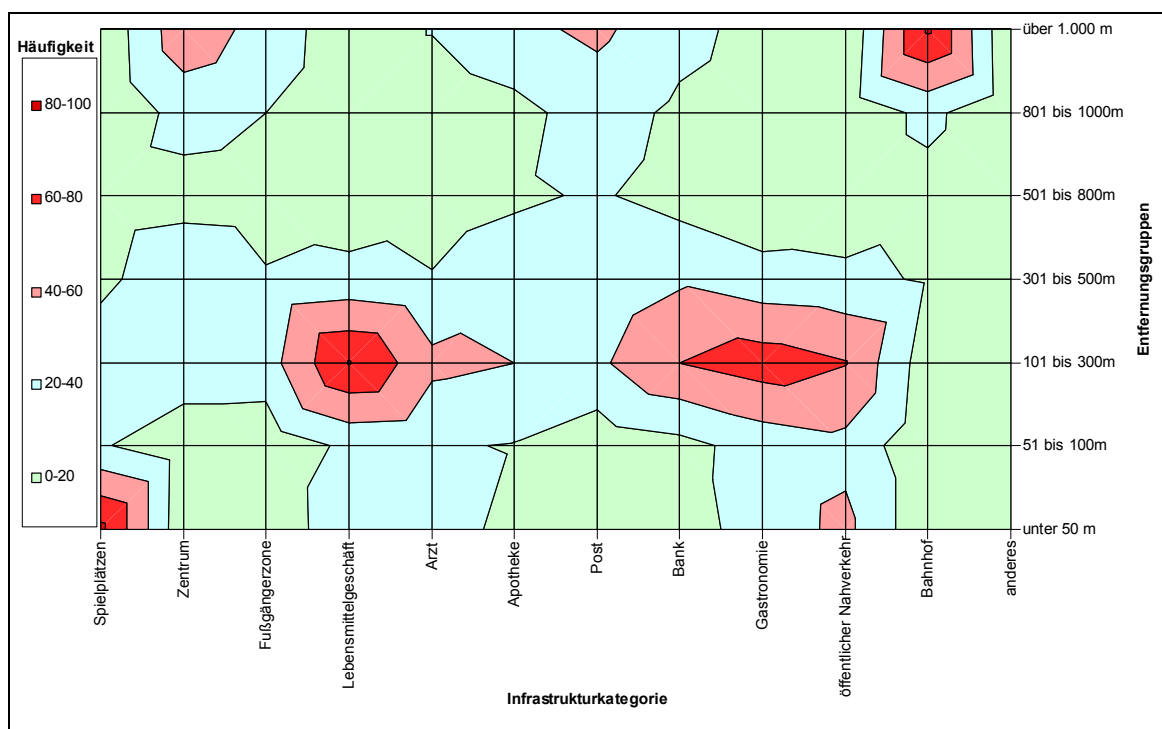


Abb. 5-4: Gruppierung der Häufigkeitsverteilung von Infrastrukturentfernungen der Pflegeeinrichtungen

Wie bereits deutlich wurde, ist eine Quantifizierung der Integration pflegebedürftiger Menschen in das „öffentliche Leben“ nur schwer möglich. Daher liefert die Untersuchung der Veränderungen bei der infrastrukturellen Einbindung seit 1997 auch keine eindeutigen Erkenntnisse. Augenscheinlich ist die grundsätzliche Verbesserung der Situation. Immer mehr Einrichtungen liegen im Bereich von 500m der genannten Kategorien.

5.2.1.4 Bau- und Ausstattungsstandards der Pflegeeinrichtungen

5.2.1.4.1 Baujahr und Alter

Gemäß des Mittelwerts der Baujahre der Häuser sind die Pflegeeinrichtungen in Thüringen im Jahr 1999 rd. 76 Jahre alt. Vor und im 18. Jahrhundert wurden 10% der Einrichtungen gebaut und im 19. Jahrhundert 17%. Der größte Teil entstand jedoch nach 1945. (Abb. 5-5). Etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen wurde als Pflege- bzw. damals als Alten Einrichtung geplant und gebaut. Die übrigen wurden in eine Pflegeeinrichtung umgewidmet und entsprechend umgebaut – das betrifft überwiegend die Einrichtungen mit einem Baujahr vor 1945.

Der Vergleich des Baujahres mit der Inbetriebnahme von Umbauten, Modernisierungsmaßnahmen oder An-/Neubauten zeigt, dass über zwei Drittel der Einrichtungen nur in ihrer ursprünglichen Bausubstanz „alt“ sind. Nur knapp ein Drittel der Einrichtungen hatte seit 1991 keine im Landespflegeplan dokumentierten bzw. aus der Umfrage hervorgehenden Baumaßnahmen in Betrieb genommen (Abb. 5-5). Es ist aber anzunehmen, dass dort dennoch zumindest kleinere Sanierungs- und Modernisierungsmaßnahmen stattgefunden haben.

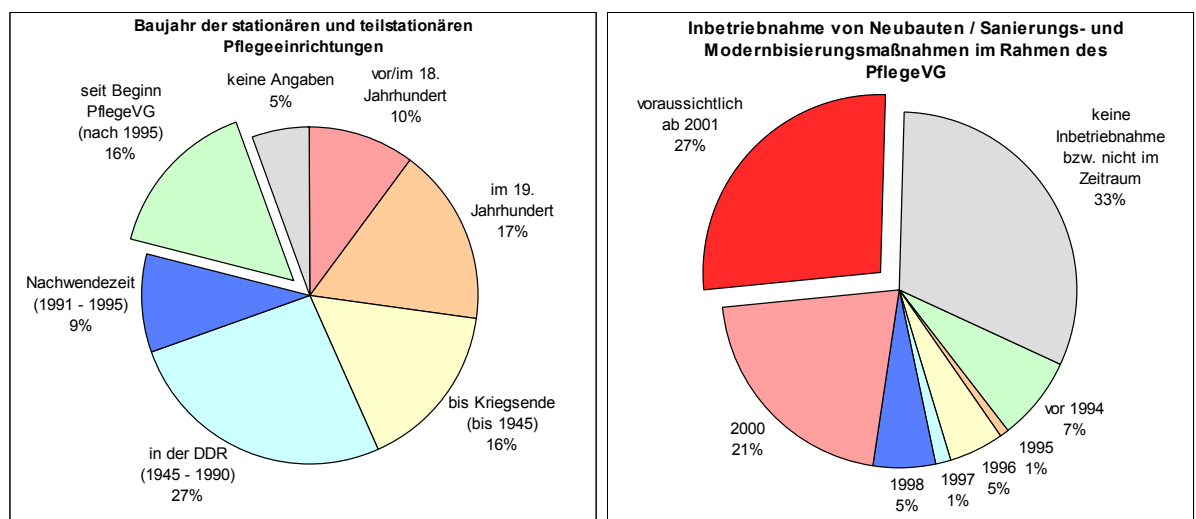


Abb. 5-5: Baujahr und Inbetriebnahme der stationären Pflegeinfrastruktur in Thüringen

Als regionalisierbarer Indikator kann das Baujahr und die Inbetriebnahme nicht herangezogen werden. Die bauliche Situation wird gemäß Landespflegeplan über die besser quantifizierbare und qualifiziertere Aussage zu den neu gebauten oder modernisierten Plätzen dargestellt.

5.2.1.4.2 Zimmergrößen und Zimmerbelegung

Nach § 11 Abs. 2 ThürAGPflegeVG-DVO wird für stationäre Pflegeeinrichtungen als Sollvorgabe festgelegt, dass der Pflegeplatzanteil in Einzelzimmern an der Gesamtpflegeplatzzahl der Einrichtung 80% nicht unterschreiten soll. Die Größe der Einzelzimmer soll ohne Einbeziehung des Sanitärraums 16 m², die Größe der Doppelzimmer ohne Einbeziehung des Sanitärraums 22 m² nicht unterschreiten (nach Heimmindestbauverordnung (HeimMindBauVO), vor der Novellierung 12 m² bei Einzel- und 18 m² bei Doppelzimmern).²⁴⁷ Seit 1990 ist die Zimmergröße entsprechend angepasst worden. Die für DDR-Feierabendheime typischen hohen Zimmerbelegungen mit bis zu 5 Bewohnern sind nahezu abgebaut.

²⁴⁷ Mit der Novellierung der seit 1978 nahezu unveränderten Heimmindestbauverordnung im Rahmen der Anpassung an die Entwicklungen im Heimgesetz und dem Pflegequalitätssicherungsgesetz werden die baulichen Mindeststandards verbessert. Insbesondere durch eine Erhöhung der Quadratmeter pro Bewohner von bisher 12 auf 16m² Mindestgröße soll die Wohnqualität gesteigert werden.

Insgesamt besteht in Thüringer Pflegeheimen, die Bestandteil des Landespflegeverzeichnisses sind und Angaben im Fragebogen gemacht haben, ein Angebot von rd. 10.700 Zimmern. Dies entspricht der Anzahl von rd. 1,3 Bewohnern je Zimmer.

1999 waren in Thüringen noch 3,2% der Plätze in 3- und Mehrbettzimmern. In den Landkreisen war das Verhältnis mit 4,0% deutlich schlechter als in den kreisfreien Städten mit 1,5%. Die im Verhältnis meisten 3- und Mehrbettzimmer hatten die Landkreise Altenburg (rd. 12%) und Kyffhäuserkreis (rd. 13%). Insgesamt sind rd. 61% aller Zimmer bereits 1-Bett und 36% 2-Bettzimmer (Zunahme um rd. 2,3% zum 3. Landespflegeplan). Der Zielvorgabe 80% Einzelzimmer kommt der Landkreis Unstrut-Hainich-Kreis mit 72,6% am nächsten.²⁴⁸

Ähnliches gilt für die Zimmergröße. Die Anzahl der Zimmer unter 12 m² und die der Zimmer von 12 bis unter 16 m² nimmt ab. Waren 1997 noch 43% aller Zimmer kleiner als 16 m² sind es 1998 nur noch 36,5%. Gleichzeitig steigt die Zahl der Zimmer zwischen 16 und 22 m² (um rd. 13% im Vergleich zum Vorjahr). Dies zeigt, dass durch die Umsetzung des Investitionsprogramms nach Artikel 52 PflegeVG nicht nur die Vorgaben der HeimMinBauVO erfüllt werden, sondern die höheren Qualitätsansprüche der ThürAGPfleVG-DVO Berücksichtigung finden.

Der Ausstattungsgrad ist weitaus schwerer zu erheben und zu analysieren. Vielfach ist die Unterscheidung des Qualitätsstandards z.B. in der Definition nach HeimMinBauVO unterschiedlich aufgefasst worden. So werden beinahe ausnahmslos Doppelangaben gemacht: z.B. bei der förmlich bildlichen Vorstellung der Zimmer „Zimmer mit Waschbecken“, die gleichzeitig auch in der höchsten Kategorie „Zimmer erfüllt HeimMinBauVO“ geführt werden. Diese ungewollte Doppelung wurde berichtigt und nur Zimmer, die über eine „Naßzelle“ verfügen, voll in die Gruppe der „Zimmer erfüllen HeimMinBauVO“ übernommen. Diese Betrachtung kann jedoch nicht ausschließen, dass vereinzelt die Zimmergröße nicht der HeimMinBauVO entspricht. Daher ist ein Vergleich der Zimmergröße mit der Zimmerausstattung nur eingeschränkt möglich.

Nach dem Ausstattungsstandard erfüllen 29% der Zimmer die HeimMinBauVO, weitere 13% haben eine Naßzelle. 8% der Zimmer verfügen nicht über eine Naßzelle, WC oder Waschbecken.

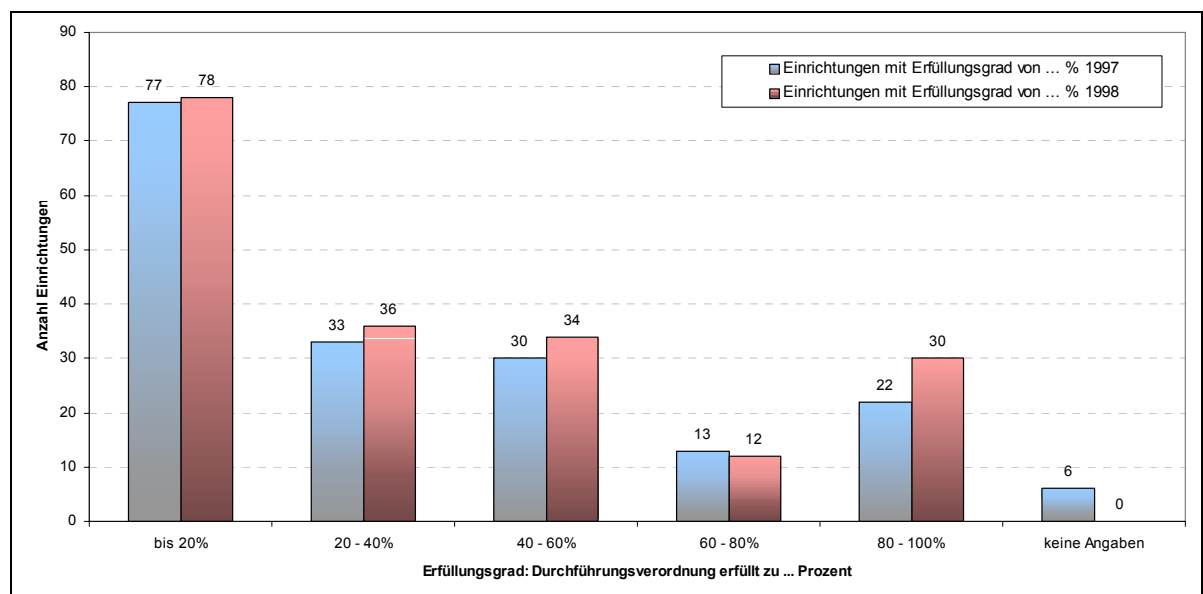


Abb. 5-6: Häufigkeitsverteilung des Erfüllungsgrades der ThürAGPfleVG-DVO

Mit der Verbindung von Zimmergröße und Zimmerbelegung können Aussagen zum Erfüllungsgrad der ThürAGPfleVG-DVO getroffen werden. Abb. 5-6 vergleicht Zimmergröße und -belegung mit den Anforderungen der ThürAGPfleVG-DVO und berechnet einen Erfüllungsgrad. Als „erfüllt“ gilt, wenn sowohl Zimmergröße als auch Zimmerbelegung den Mindestanforderungen entsprechen. Insgesamt erfüllen 37,5% der Zimmer diese Mindestanforderungen (1997 waren es erst rund 35%). Abgebildet wird die Häufigkeit der Einrichtungen nach ihrem Erfüllungsgrad in Pro-

²⁴⁸ Die langsame Anpassung resultiert zum Teil aus der Inbetriebnahme von Ersatzneubauten ohne gleichzeitige Schließung bzw. verzögerter Schließung der Altbauten. Auch ist der Bezug von Ausweichobjekten in der Sanierungsphase nicht berücksichtigt.

zent: Z.B. erfüllen 34 Pflegeeinrichtungen die ThürAGPflegeVG-DVO zu 40-60%. 1997 gehörten dieser Gruppe erst 30 Einrichtungen an.

Ausstattung, Qualität und Größe der Pflegezimmer entwickeln sich in Thüringen eindeutig gemäß den Mindestanforderungen. Der große Sockel älterer und nach nicht zeitgemäßen Anforderungen geplanter Pflegeheime geht allerdings nur langsam zurück. Sowohl Zimmergröße, Mindestanforderungen an die Ausstattung als auch das Verhältnis von Ein- zu Zweibettzimmern werden nach Abschluss des Investitionsprogramms nachhaltig verbessert sein. Die verbleibenden nichtangepassten Zimmer werden sich, ungeachtet der zukünftigen Bedarfslage, an massiv gestiegene individuelle Anforderungen der Pflegebedürftigen messen müssen. Es ist anzunehmen, dass in Zukunft neben der Kapazität einer Region die Qualität der Zimmer/Wohnbedingungen in den Einrichtungen regionale Disparitäten definieren wird. Die oft immer noch zitierten „Verwahranstalten“ sind mit den Einstellungen zukünftiger Generationen – auch in Notlagen – nicht marktfähig.

5.2.1.4.3 Umbau- und Ersatzneubaumaßnahmen

Durch Umbau- und Ersatzneubaumaßnahmen sind in Thüringen von 1991 bis zum 31.05.1999 insgesamt 62 Pflegeeinrichtungen mit ca. 4.600 Pflegeplätzen modernisiert bzw. fertiggestellt worden. Von diesen Pflegeeinrichtungen wurden über das Sonderinvestitionsprogramm nach Artikel 52 PflegeVG bisher 40 Einrichtungen gefördert. Insgesamt sind bisher 137 Projekte (bzw. 130 Einrichtungen) in das Sonderinvestitionsprogramm mit 10.331 zukünftig genehmigten Pflegeplätzen eingeordnet worden.²⁴⁹

Mit dem 4. Landespflegeplan wurde zugleich das Investitionsvolumen nach Artikel 52 PflegeVG ausgeschöpft. Eine vergleichbare Förderung wird und kann es nach Aussage des TMSFG nicht mehr geben. Alternativen werden gegenwärtig ebenfalls nicht diskutiert. So ist mit Abschluss der vorliegenden Arbeit ein umfassender Blick auf die stationäre und teilstationäre Pflegeinfrastruktur in Thüringen möglich.

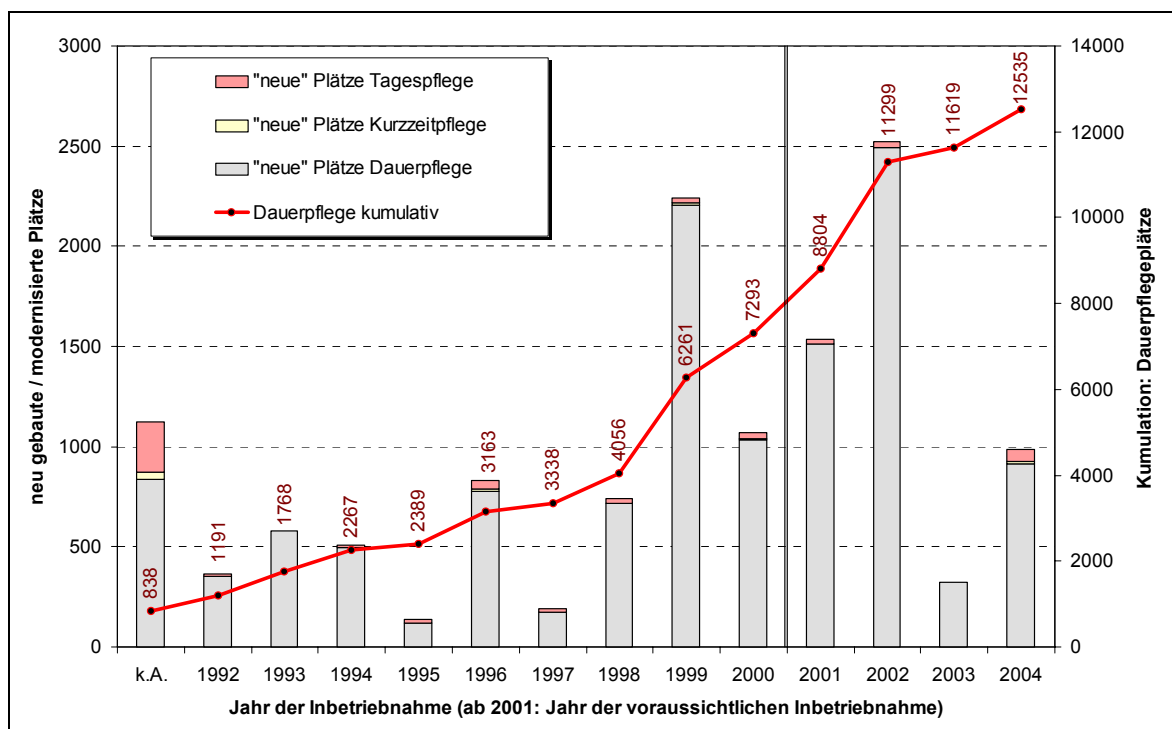


Abb. 5-7: Entwicklung der neu gebauten bzw. modernisierten Platzkapazität in Thüringen seit 1992

Mit Beendigung der letzten Investitionen voraussichtlich im Jahr 2004 soll die Qualität der in Thüringen benötigten Pflegeplätze durch die in der ThürAGPflegeVG-DVO aufgestellten Anforderungen an das Versorgungsniveau in den alten Ländern angepasst sein. Die Entwicklung dieser neuen qualitativ hochwertigeren Plätze ist aus Abb. 5-7 ersichtlich. Den größten Zuwachs gab es bisher im Jahr 1999. Das entspricht einer Planungs- und Bauzeit von 2 bis 3 Jahren für eine Pflegeeinrich-

²⁴⁹ Bzw. 148 Häuser/Heime, da z.T. Einrichtungsträger in einem Stadtgebiet mehrere Betriebsabteilungen führen.

tung. Eine Verdoppelung der neu gebauten/modernisierten Plätze wird mit der Fertigstellung einer ganzen Reihe von Projekten bis 2004 zu erwarten sein.

Nach Abschluss des Sonderinvestitionsprogramms werden über die Hälfte aller Thüringer Pflegeeinrichtungen durch das Sonderinvestitionsprogramm modernisiert bzw. neu gebaut worden sein. Zusammen mit Modernisierungen und Neubauten, die nicht Bestandteil des Sonderinvestitionsprogramms sind (Drittförderung, Kapitaleinsatz oder private Investitionen) werden in Thüringen ab 2004 rd. 82% (bzw. 12.535 Pflegeplätze) der gegenwärtig genehmigten Plätze modernisiert bzw. neu gebaut sein. Dieser Wert beinhaltet jedoch nicht zukünftige Schließungen im Zuge eines Neubaus oder mögliche Platzreduzierungen durch Modernisierungsmaßnahmen. Mit diesen Modernisierungs- und Neubauvorhaben wird insgesamt eine hohe Einrichtungs- und Wohnqualität in Thüringen erreicht, die jedoch nach wie vor regionale Disparitäten aufweist.

Tab. 5-3: Sonderinvestitionsprogramm des Bundes nach Artikel 52 PflegeVG in Thüringen

	Heime ^{a)}	Platzkapazität am 01.03.2000			zukünftig neue Plätze (gebaut/modernisiert und geplant)		
		genehmigt laut HeimG	Kurzzeit- pflege	Tages- pflege	Dauerpflege	Kurzzeitpflege	Tagespflege
Thüringen insgesamt	254	15281	57	495	12535	81	534
davon Sonderinvestitionsprogramm	148	10331	24	166	9907	48	224
Anteil Sonderinvestitionsprogramm	58,3%	67,6%	42,1%	33,5%	79,0%	59,3%	41,9%

a) Heime: Einrichtungen und deren Betriebsabteilungen

5.2.1.5 Einrichtungsgröße und Auslastungsgrad

Bei der Einrichtungsgröße (Kapazität der Pflegeeinrichtungen) stehen sich zwei grundlegende Positionen gegenüber:

- Große Einrichtungen weisen eine höhere betriebswirtschaftliche Effektivität auf, können ein breiteres Angebot vorhalten, und z.B. als Senioren- und Pflegezentrum eine eigene infrastrukturelle Qualität im Siedlungsgefüge bereitstellen.
- Kleinere Einrichtungen ermöglichen eine bessere Abstimmung der pflegerischen, sozialen und individuellen Bedürfnisse der Bewohner. Die Einzelperson rückt in den Vordergrund und die Anonymität der Bewohner ist geringer.

In § 11 Abs. 1 ThürAGPflegeVG-DVO wird für vollstationäre Pflegeeinrichtungen die Sollvorgabe von mindestens 60 bis 120 Plätzen (einschließlich Kurzzeitpflegeplätze) festgelegt.

Nur rund 22% der vollstationären Einrichtungen²⁵⁰ entsprechen diesen Anforderungen. 60% der Einrichtungen sind kleiner und 18% größer, d. h. sie haben deutlich mehr genehmigte Plätze laut Heimgesetz. Seit 1996 nimmt das Verhältnis kleinerer Einrichtungen zu Gunsten der Einrichtungen gemäß ThürAGPflegeVG-DVO kontinuierlich ab (Abb. 5-8). Ein deutlicher Rückgang sehr großer Einrichtungen ist gegenwärtig jedoch nicht zu erkennen. Zu knapp zwei Dritteln sind die Einrichtungen in Plattenbauweise mit einer ganz eigenen Problematik. Die kaum mögliche räumliche Teilung eines Plattenbaus in Pflege- und Wohnbereich verleitet dazu, schneller Kapazitätserhöhungen durchzusetzen.

Die Landesregierung formulierte das Ziel, die Platzreduzierung in den großen Einrichtungen als ein Schwerpunkt für die Landesplanung anzustreben. Freiwerdende Kapazitäten in diesen Einrichtungen sollen zum Aufbau eines leistungsfähigen Angebotsnetzes an barrierefreien Wohnungen genutzt und durch Platzverlagerung regionale Versorgungsdisparitäten reduziert werden. Die Realität kennzeichnet jedoch Bemühungen der Einrichtungsträger, die Kapazität deutlich auszubauen. Dies geschieht vor dem Hintergrund einer gestiegenen Nachfrage und eines höheren Kostendrucks. Dennoch ist das Ziel, wirtschaftlich zu kleine und pflegequalitativ zu große Einrichtungen abzubauen, positiv zu werten.

²⁵⁰ Bezugsbasis: 201 Pflegeeinrichtungen mit genehmigten Plätzen laut Heimaufsicht zum 01.03.2000.

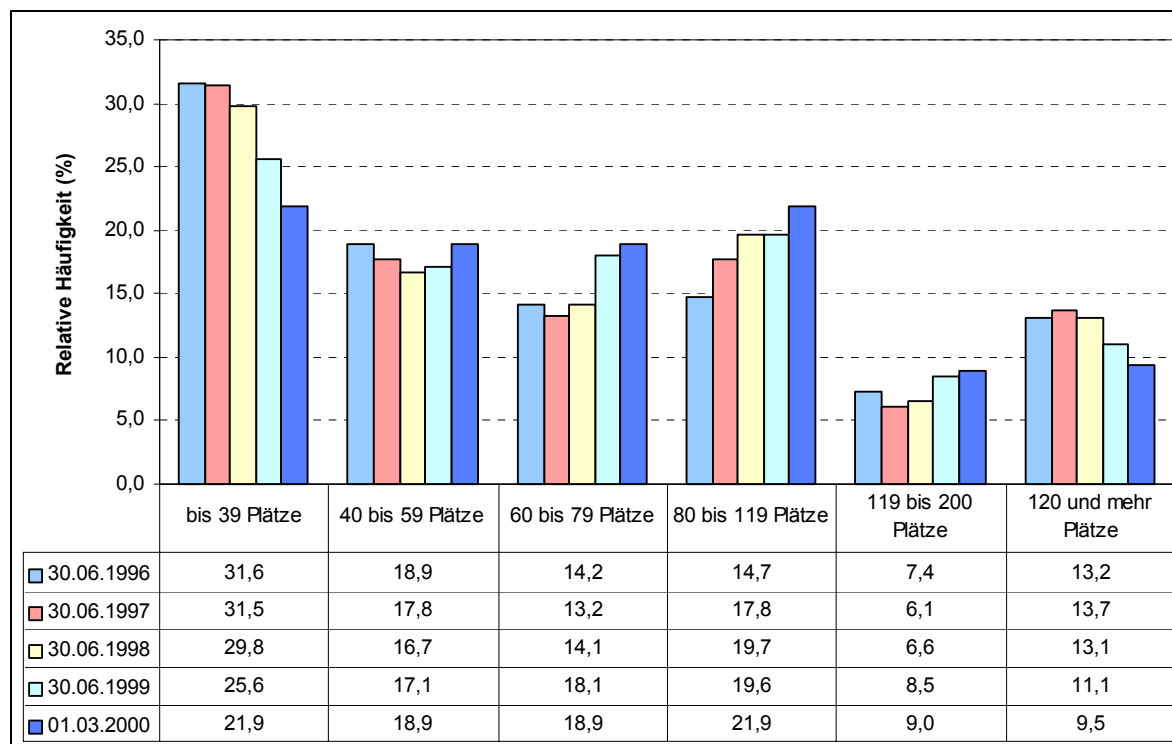


Abb. 5-8: Relative Häufigkeit der Einrichtungsgröße nach genehmigten Plätzen laut Heimaufsicht von 1996 bis 2000

Die regionale Spannweite der Einrichtungsgröße (gemessen an den genehmigten Plätzen zum 30.06.1999) zeigt Abb. 5-9. Das jeweilige Maximum und Minimum ist mit einem „+“ gekennzeichnet. Der Bereich des 25. bis 75. Perzentils umfasst 50% der Einrichtungen. Zur Orientierung zeigt die gestrichelte Linie die Sollvorgabe von 60 bis 120 Plätzen. Die Ausreißer mit sehr großen Einrichtungen sind die kreisfreien Städte. Sehr kleine Einrichtungen sind in allen Kreisen vorhanden. Da das die wirtschaftliche Effizienz den Einrichtungsträger und weniger die Pflegequalität betrifft, kann daraus keine regionale Disparität hinsichtlich einer Bewertung abgeleitet werden.²⁵¹

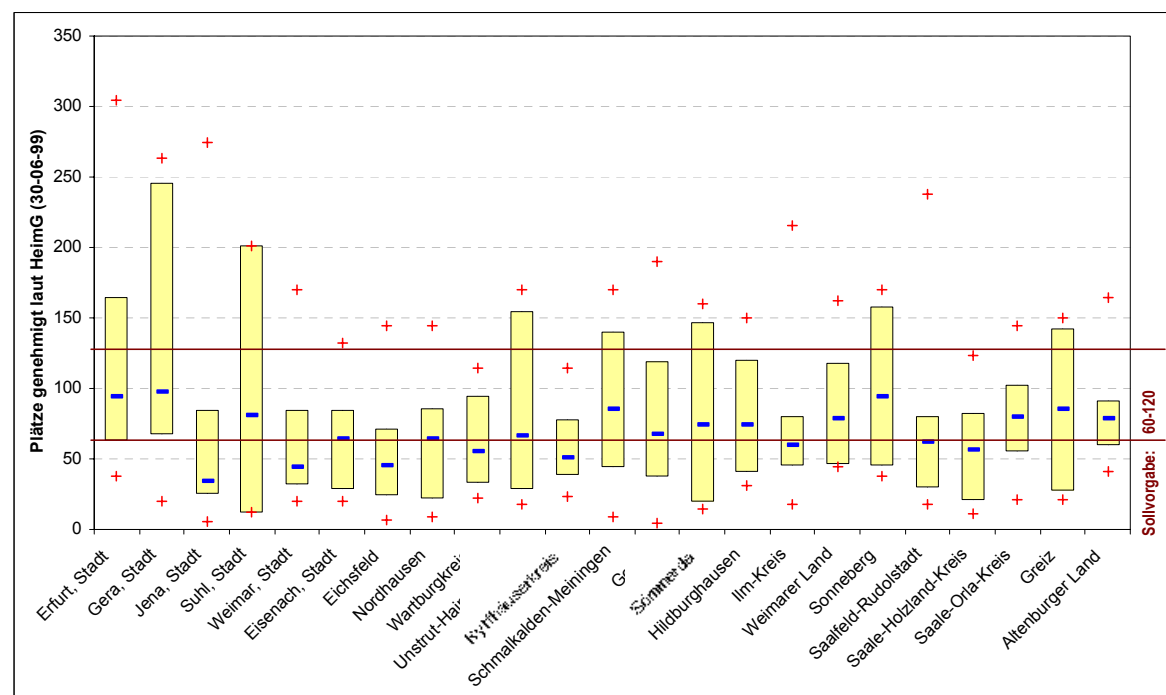


Abb. 5-9: Einrichtungsgröße nach Landkreisen und kreisfreien Städten am 30.06.1999

²⁵¹ Zur Einrichtungsgröße nach IFR-Gebietskategorien s. Anlage Abb. III-1.

5.2.1.6 Leistungserbringer / Träger

Die Trägerpluralität ist ein Ziel der Pflegeversicherung. Primär geht es an dieser Stelle um die Verifizierung des Vorrangs privater vor freigemeinnützigen Trägern. In Thüringen gibt es regionale Trägerdominanzen und trägerspezifische Strukturmerkmale (z.B. bei der regionalen Herkunft der Bewohner oder der durchschnittlichen Einrichtungsgroße). Standorte der stationären und teilstationären Pflegeinfrastruktur differenziert nach Art und Status des Trägers zeigt Anlage Karte III-4.

In Thüringen besteht ein Verhältnis von freigemeinnützigen zu öffentlichen und zu privaten Trägern von 62 zu 15 und zu 23 Prozent (Tab. 5-4). Private Träger haben überwiegend kleinere Einrichtungen und freigemeinnützige Träger entsprechen den Anforderungen von 80-120 Plätzen am ehesten.

Tab. 5-4: Trägerstruktur nach Anteil genehmigter Plätze zum 01.03.2001

Plätze genehmigt laut HeimG (01-03-00)	freigemeinnütziger Träger	öffentlicher Träger	privater Träger
bis 39 Plätze	22,6 %	15,1 %	25,7 %
40 bis 59 Plätze	19,6 %	9,1 %	25,7 %
60 bis 79 Plätze	19,5 %	21,2 %	14,3 %
80 bis 119 Plätze	24, %	18,2 %	17,1 %
119 bis 200 Plätze	6,8 %	9,1 %	17,2 %
120 und mehr Plätze	7,5 %	27,3 %	-
Summe	100 %	100 %	100 %

5.2.2 Wartelisten und verbindliche Anmeldungen

Vor dem Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung stehen vielfältige Überlegungen seitens der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen aber auch der Pflegeeinrichtungen selber. Die Pflegeeinrichtungen müssen nach dem aktuellen und individuellen Bedarf der Pflegebedürftigen entscheiden und diese von teilweise sehr langen Wartelisten auswählen. Das Problem der Wartelisten und ihrer Quantifizierung ist hinlänglich bekannt und nicht Gegenstand dieser Untersuchung. Dennoch sind Wartelisten und die Situation vor dem Einzug ein sehr guter Spiegel für die allgemeine Bedarfslage. Vorweggenommen werden muss, dass nur noch ein Teil der Einrichtungen überhaupt Wartelisten führt (1999 waren das 101 von 212 befragten Einrichtungen). Vielfach ist nach Aussage der Einrichtungen eine Warteliste nicht mehr sinnvoll, und im Falle eines freien Platzes wird ad hoc entschieden: „Wer zu erst kommt, malt zu erst“ (Windhundverfahren).

Anders sieht es bei den Einrichtungen aus, die in Abhängigkeit der konkreten individuellen Bedürfnislage der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen die Heimaufnahme entscheiden. Mit der Umfrage zum 4. Thüringer Landespflegeplan wurde vom Autor erstmalig versucht, die vielfach diskutierten Wartelisten quantitativ und qualitativ zu erfassen. Die Schwierigkeiten einer solchen Erhebung waren vorher bekannt und haben sich teilweise bestätigt:

- Ein nicht zu quantifizierender Teil der „Wartelisten“ reflektiert Wünsche, die dann jedoch bei Dringlichkeit nach sofortiger Verfügbarkeit eines Pflegeplatzes entschieden werden (verbindliche Anmeldungen im Sinne „Verbindlichkeit“ gibt es nicht bzw. kaum),
- „Wartelisten“ sind selten stichtagsbezogen und in der Anzahl der „Wartenden“ nicht direkt untereinander vergleichbar, da die „Wartenden“ mit Sicherheit in mehreren Einrichtungen geführt werden.

Es können daher weder direkte regionale Kapazitätsdefizite abgeleitet noch eine allgemeine Unterversorgung quantifiziert werden. Qualitative Aussagen über die Gründe eines Heimeintritts sowie zu der gegenwärtigen Pflege- und Wohnsituation sind aber erstmals möglich.

Mitte bis Ende 1999 standen nach Fragebogenangaben rd. 1.200 Personen auf einer Warteliste: rd. 990 Anmeldungen für die vollstationäre Pflege, 160 für die Kurzzeitpflege, 15 für die Tagespflege und rd. 30 ohne Angabe. Nachfolgende Abb. 5-10 gibt die Struktur der „Wartenden“ wieder. Eine Differenzierung in Pflegestufen ist nicht sinnvoll, da ein Grossteil der Personen noch nicht bzw. nicht verbindlich eingestuft waren.

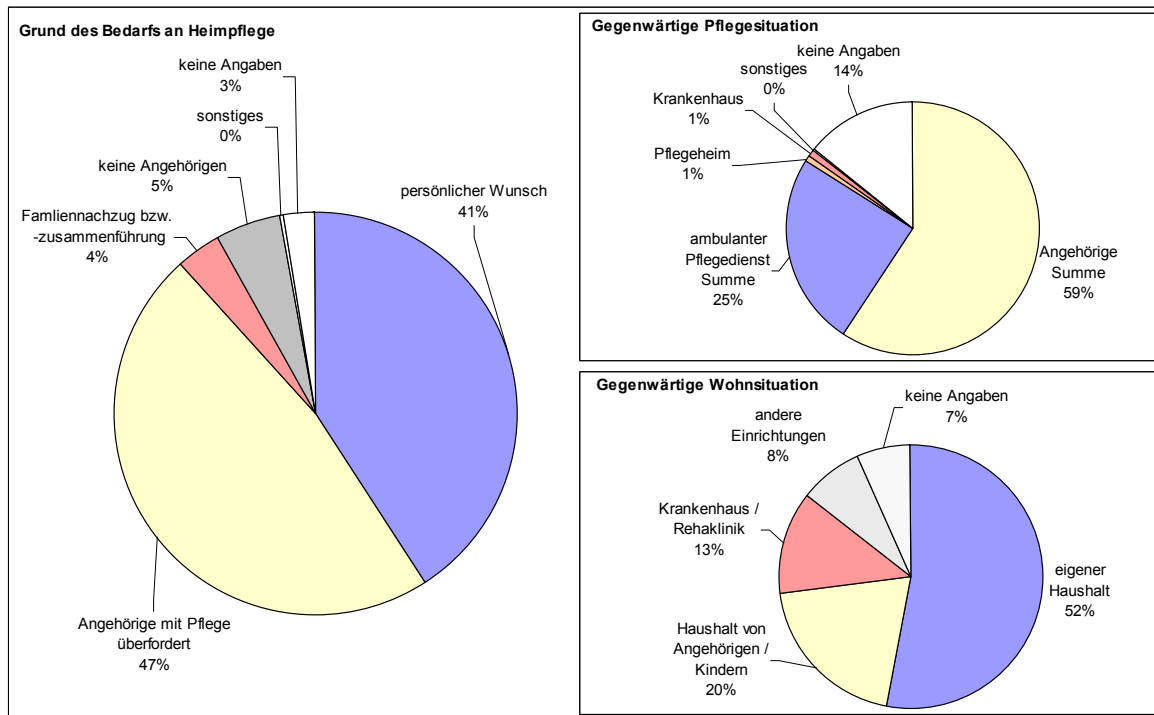


Abb. 5-10: Struktur der „verbindlichen Anmeldungen“ zum 30.06.1999²⁵²

Es wird deutlich, dass die Überforderung der Angehörigen mit der Pflege der Hauptgrund für einen stationären Pflegeplatz ist. Ebenfalls ist der Bedarfsgrund „keine Angehörigen“ für die Zukunft von Interesse (5%). Angesichts zunehmender Kleinfamilien und Wanderungsverlusten seit 1990 ist anzunehmen, dass gerade diese Personengruppe an Bedeutung gewinnen wird. Der Grund „persönlicher Wunsch“ wird vielfach auch vom Fehlen der bzw. örtlich getrennt lebenden Angehörigen geprägt (41%).

Die gegenwärtige Pflegesituation wird maßgeblich von der Familie / den Angehörigen geprägt (59%). Rund 23% der Angehörigen nehmen zusätzlich oder ergänzend professionelle Pflege in Anspruch (Pflege durch Angehörige kombiniert mit ambulantem Pflegedienst, Kurzzeitpflege oder Tagespflege). Die zweite wichtige Pflegesituation „ambulanter Pflegedienst“ mit 25%, ist ebenfalls zu differenzieren in die ausschließliche Pflege durch ambulante Pflegedienste (rd. 79% dieser Gruppe) und die Kombination mit Kurzzeit- bzw. Tagespflege. Bei der Wohnsituation ist bemerkenswert, dass zwar über die Hälfte der „Wartenden“ im eigenen Haushalt lebt, aber immerhin 20% im Haushalt von Angehörigen/Kindern.

5.2.3 Strukturdaten der stationären und teilstationären Pflegebedürftigen

In Thüringen wurden am Stichtag 30.06.1999 14.550 Personen in der vollstationären Dauerpflege, 195 Personen in der Kurzzeit- und 367 Personen in der Tagespflege versorgt. Von den 195 Personen der Kurzzeitpflege waren an diesem Stichtag etwa 140 Personen in vollstationären Pflegeeinrichtungen untergebracht (sogenannte eingestreute Plätze). Damit wurden 0,9% der belegten vollstationären Plätze für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommen.²⁵³

Beim Vergleich der drei Pflegearten in Abb. 5-11 wird deutlich, dass der Grad der Pflegebedürftigkeit von der Tagespflege zur vollstationären Dauerpflege zunimmt. Dies entspricht der Zielvorstellung, so lange wie möglich eine vollstationäre Unterbringung zu vermeiden.

Die Altersstruktur der Bewohner beschreibt eine ähnliche Situation. In der vollstationären Dauerpflege waren 44% der Bewohner „85 Jahre und älter“. In der Kurzzeitpflege waren es noch 42%

²⁵² Die Prozentangaben im Diagramm sind gerundet: Angabe „sonstiges“ entspricht einem Wert von unter 0,5%.

²⁵³ Generelle Anmerkung: Bei einigen Darstellungen zur stationären und teilstationären Pflegebedürftigkeit ist zu beachten, dass die Angaben zur Bewohner-, Einzugs- und Auszugsstruktur, sofern nicht getrennt angegeben, die Gesamtstruktur der drei Pflegearten beinhalten. Die Pflegebedürftigenanzahl der Kurzzeit- und Tagespflege ist bei Stichtagsangaben relativ gering (nur rd. 3,6% der Bewohnerangaben). Hingegen gewinnen rein zahlenmäßig die Kurzzeit- und Tagespflegebewohner/-nutzer bei der Einzugs- und Auszugsstruktur erheblich an Gewicht. Sofern sinnvoll, werden daher getrennte Aussagen zu den drei Pflegearten dargestellt (s. Anlage Abb. III-11 zur Bewohnerstruktur, Abb. III-12 zur Einzugsstruktur und Abb. III-13 zur Auszugsstruktur).

und in der Tagespflege nur noch 35%. Die Altersgruppe „75 bis unter 85 Jahre“ ist dementsprechend stärker ausgeprägt (z.B. in der Tagespflege mit 44%).²⁵⁴

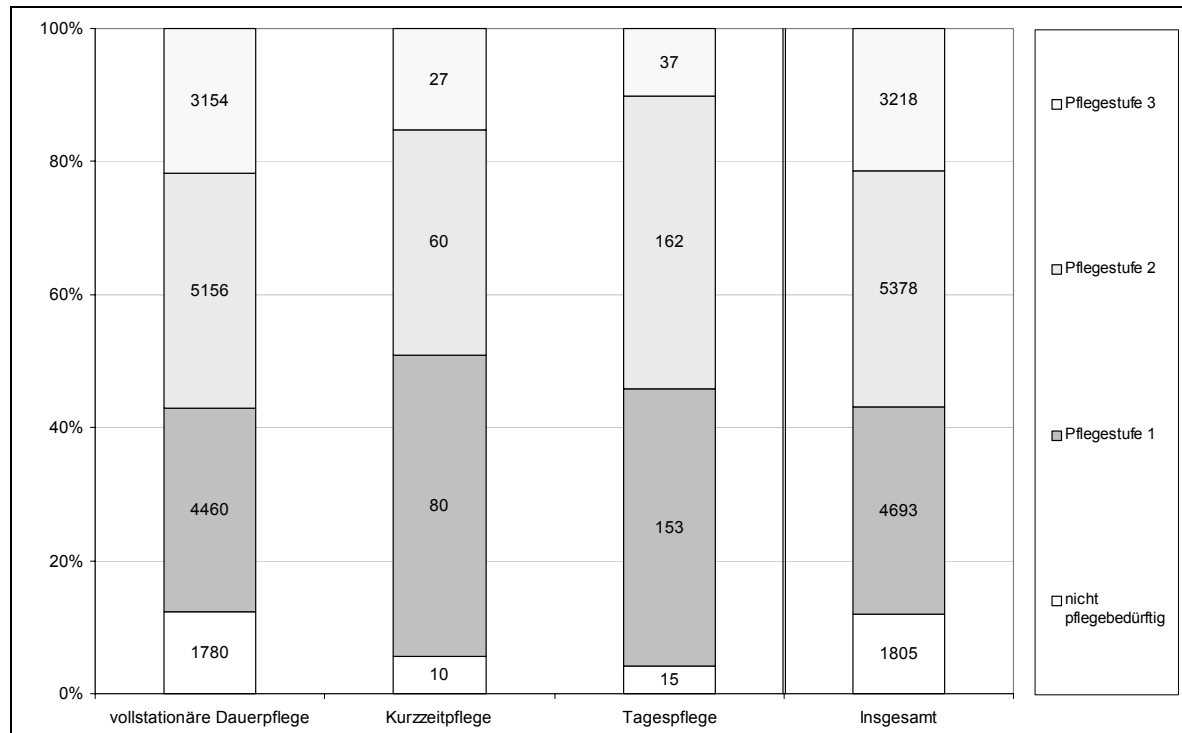


Abb. 5-11: Bewohnerstruktur nach Art der Pflege und Grad der Pflegebedürftigkeit am 30.06.1999

Die zentrale Orientierung der Analysen liegt bei den Bewohnern, die zum Stichtag in den Pflegeeinrichtungen lebten. Diese Bewohnerstruktur wird noch durch die Situation vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung geprägt und beinhaltet zum Teil noch DDR-spezifische Strukturen (deutlich bei Bewohnern, die bereits mehr als acht Jahre in der Einrichtung leben: s. Abschnitt 5.2.3.10). Diese Überlagerungen in der Bewohnerstruktur können durch genauere Untersuchungen der **Einzüge** kompensiert werden. Untersuchungen zur Einzugsstruktur bilden gegenwärtig herrschende Zustände und Bedarfssituationen im Zeitfenster der Erhebung ab. Der Autor geht davon aus, dass Trends und neue Problemlagen nur aus Berücksichtigung der Einzugsstruktur abgeleitet werden können.

Nach Angaben der Träger der Pflegeeinrichtungen sind insgesamt seit Mitte 1996 rd. 22.000 Personen in eine Pflegeeinrichtung eingezogen. Im Vergleich des Einzugsvolumens der einzelnen Umfragen ergab sich eine kontinuierliche Zunahme. Erfasst wurde jeweils die Einzugsstruktur im Laufe eines Jahres bis zum jeweiligen Stichtag der Umfrage zum 30.06. des Jahres.

Im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 zogen in stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen insgesamt 7.759 Personen ein. Rd. 15% mehr als im vorhergegangenen Zeitraum. Der Zuwachs geht sowohl auf eine verstärkte Nachfrage der Tages- und Kurzzeitpflege als auch auf eine kürzere Verweildauer in den Einrichtungen zurück. Auf die Tagespflege entfielen 357 Personen (5%), auf die Kurzzeitpflege 2.582 Personen (33%) und die vollstationäre Dauerpflege 4.820 Personen (62%) der Neuzugänge. Im Zeitraum 01.07.1997 bis 30.06.1998 hatte die Tagespflege einen Anteil von 3%, die Kurzzeitpflege 30% und die vollstationäre Dauerpflege 67%. Dabei weisen die kreisfreien Städte gemessen an der Belegung eine niedrigere Einzugsrate (rd. 23%) als die Landkreise (rd. 32%) auf. Der Vergleich von Bewohner- und Einzugsstruktur zeigt deutlich die Entwicklung zu höherer Pflegebedürftigkeit und zum höheren Alter der neuen Bewohner. Die Bewohner am Stichtag (darin sind auch die Einzüge im Zeitraum enthalten, die noch in den Pflegeeinrichtungen leben) gehörten nur zu 43% der Pflegestufe 2 und zu 44% der Altersgruppe „85 Jahre und älter“ an.

Umgekehrt geben die **Auszüge** Aufschluss über die Dauer, Art und Schwere der Pflege innerhalb der Einrichtungen. Beide bilden somit Detailindikatoren zur genaueren Charakterisierung der Pflegebedürftigkeit mit Heimpflegebedarf. Diese **Auszüge** stehen quantitativ im Verhältnis zu den Einzügen. Insgesamt sind in den Betrachtungszeiträumen ungefähr 20.000 Personen aus einer Pfl-

²⁵⁴ Vgl. Anlage Abb. III-11 zur Bewohnerstruktur nach Grad der Pflegebedürftigkeit und Altersgruppen.

geeinrichtung ausgezogen oder verstorben. Jedes Jahr ist ein Anstieg der Auszugszahlen zu verzeichnen (um rd. 16% von 1997/98 zu 1998/99). Analog zu den Einzügen ist der Anteil der vollstationären Dauerpflege unter den Auszügen zu Gunsten der Tages- und Kurzzeitpflege rückläufig.

5.2.3.1 Geschlecht

Mit 76% sind Frauen in den Pflegeeinrichtungen deutlich stärker vertreten als Männer. In der Altersgruppe „unter 65“ sind Männer mit 55% noch stärker vertreten. Erst mit zunehmendem Alter geht der Männeranteil stark zurück (s. Anlage Abb. III-4: 85% Frauenanteil in AG über 85 Jahre).

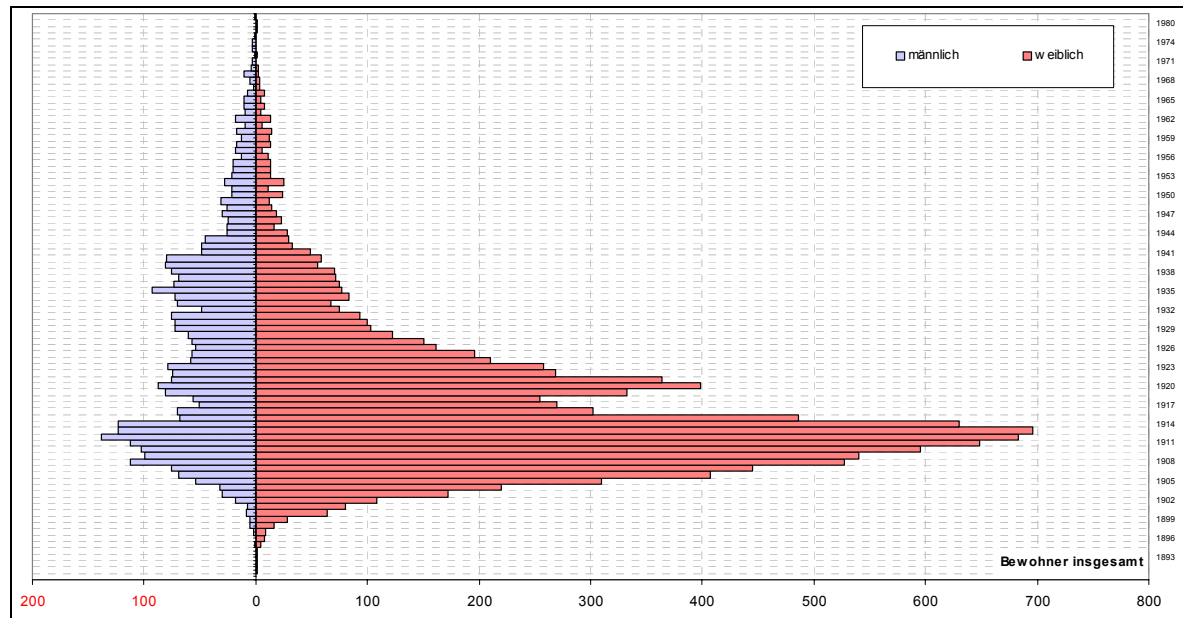


Abb. 5-12: Alterspyramide (Geburtsjahr) der Pflegeeinrichtungsbewohner am 30.06.1998

Die Alterspyramide der Bewohner in Abb. 5-12 verdeutlicht neben dem hohen Frauenanteil insbesondere demographischen Strukturbrüche der Vergangenheit. Vergleichbar mit der Bevölkerungspyramide Thüringens zeichnen sich z.B. die Geburtenausfälle des 1. Weltkrieges ab. Eine weitere Differenzierung in Bewohner und Pflegebedürftige zeigt keine nennenswerten Unterschiede.

5.2.3.2 Altersstruktur

Die vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung übliche Angabe zur altersbezogenen Fehlbelegung (Bewohner unter 65 Jahre in den damaligen Alten(pflege)heimen) ist nicht mehr zeitgemäß. Leistungen der Pflegeversicherung sind altersunabhängig, wenn auch die meisten Pflegebedürftigen 65 Jahre und älter sind, gelten jüngere Bewohner nicht mehr als fehlbelegt. Durch die altersbezogene Prägung haben sich viele Einrichtungen bisher schlecht auf jüngere Pflegebedürftige eingestellt. Es stellt sich die Frage, ob Behinderteneinrichtungen eine echte Alternative für diese jüngeren Bewohner wären. Gesunde Menschen, die durch Unfälle oder Sucht pflegebedürftig werden, bedürfen einer eigenen, insbesondere auf die Angehörigen eingehenden Pflegeversorgung.

Bewohner: Seit 1994 nimmt das Alter der Bewohner in der vollstationären Dauerpflege schrittweise zu. Bewohner in der Altersgruppe 85 Jahre und älter sind am stärksten vertreten. Waren 1997 erst 41% der Bewohner 85 Jahre und älter, sind es 1999 bereits 46%.

Das Durchschnittsalter der Frauen ist mit 81 Jahren genau 7 Jahre höher als das der Männer mit 74 Jahren. Die Standardabweichung vom Durchschnittsalter beträgt bei Männern rund 16 Jahre und bei Frauen nur rund 11 Jahre. Die älteste Frau ist am Stichtag 1999 107 und der älteste Mann 103 Jahre alt gewesen. Bei der Standortdifferenzierung von Pflegeeinrichtungen nach Gebietskategorien ist bemerkenswert, dass in „Großstadtreionen mit überdurchschnittlicher Entwicklungsdynamik“ das Durchschnittsalter mit 80 Jahren rund 5 ½ Jahre über dem Durchschnittsalter in „ländlichen Gebieten im Einzugsbereich der Zentren“ liegt.

Auch bei der Analyse der Herkunft der Bewohner ist dieser Unterschied zu erkennen. Bewohner, die ihren letzten Wohnort vor Einzug in eine Pflegeeinrichtung in einem „strukturschwachen länd-

lichen Raum“ oder „Einzugsbereich der Zentren“ hatten, sind rd. 2 ½ Jahre jünger als das Durchschnittsalter aller Bewohner (vgl. hierzu auch Karte 5-2).

Ferner liegt das Durchschnittsalter der Bewohner in Pflegeeinrichtungen privater Träger um rd. 1 ½ Jahre unter dem freigemeinnütziger und öffentlicher Träger. Die Zeitreihenuntersuchung zeigt aber, dass sich dieses Verhältnis im Laufe der Jahre angenähert hat.

Mit der Altersdifferenzierung nach Art der Pflege wird die Abstufung des stationären und teilstationären Angebotsnetzes offensichtlich. Der Anteil hochbetagter Bewohner bzw. Nutzer nimmt von der Tagespflege (35%) über die Kurzzeitpflege (42%) bis zur vollstationären Dauerpflege (44%) deutlich zu (s. Anlage Abb. III-3). Diese Grundorientierung wird auch aus der Zunahme des Alters mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit im Vergleich der Tages-, Kurzzeit- und vollstationären Pflege bestätigt (s. Anlage Abb. III-11).

Einzüge: Die neu aufgenommenen Bewohner der Pflegeeinrichtungen sind überwiegend Frauen.²⁵⁵ Das durchschnittliche Alter der „neuen“ Bewohner in der vollstationären Dauerpflege beträgt 1999 81 Jahre, in der Kurzzeitpflege 82 und in der Tagespflege 79 Jahre.

Bezogen auf den Grad der Pflegebedürftigkeit ist festzustellen, dass mit zunehmender Schwere der Pflegebedürftigkeit auch das Durchschnittsalter zunimmt. So lag das durchschnittliche Alter der „neuen“ Bewohner in der Gruppe der Wohnfälle bei nur 77 Jahren (1997 bei 75 Jahren), in der Pflegestufe 0 bei 80 Jahren (1997 bei 82 Jahren), in der Pflegestufe 1 bei 82 Jahren und in der Pflegestufe 2 bei 83 Jahren. Bei der Pflegestufe 3 lag allerdings das Durchschnittsalter bei nur 79 Jahren. Das im Vergleich zum Jahr 1997 gestiegene Durchschnittsalter der nicht pflegebedürftigen Bewohner (Pflegestufe 0 und Wohnfälle) ist ein Indiz für eine verstärkte Auswahl bei der Platzvergabe. Grundsätzlich sollten keine nichtpflegebedürftigen Personen mehr aufgenommen werden. Die Ausnahmen von dieser Regel werden durch das festgestellte zunehmende Durchschnittsalter bei den nichtpflegebedürftigen „neuen Bewohner“ gemäß einer individuellen Problemlage der Betroffenen positiv bestätigt.

Das Verhältnis von Art der Pflege, Grad der Pflegebedürftigkeit und Altersstruktur zeigt, dass über die Hälfte der neuen Kurzzeitpflegebewohner „85 Jahre und älter“ sind. In der vollstationären Dauerpflege sind es nur 47%. Die Altersstruktur der Einzüge in die Tagespflege ist entsprechend jünger: Größte Altersgruppe sind die Nutzer im Alter von „75 bis 84 Jahre“ (s. Anlage Abb. III-12).

Auszüge: Das durchschnittliche Alter beim Auszug liegt bei den Frauen mit 84 Jahren 5 Jahre über dem der Männer (79 Jahre). Nach dem Grund des Auszuges differenziert, lag das durchschnittliche Alter im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 ²⁵⁶:

- beim Umzug in barrierefreies Wohnen bei 67 Jahren (1997: 72 Jahre),
- beim Umzug in ein anderes Heim bei 76 Jahren (1997: 78 Jahre),
- bei Rückkehr in einen Privathaushalt bei 82 Jahren,
- beim Versterben im Krankenhaus bei 83 Jahren (1997: 82 Jahre) und
- beim Versterben in der Einrichtung bei 85 Jahren.

Einen Überblick zur Altersstruktur der Auszüge nach Art der Pflege und Grad der Pflegebedürftigkeit gibt Anlage Abb. III-13. Über die Hälfte aller Bewohner der vollstationären Dauerpflege und Kurzzeitpflege sind beim Auszug 85 Jahre und älter. Insgesamt nimmt der Anteil dieser Altersgruppe von der Tagespflege über die Kurzzeitpflege bis zur vollstationären Dauerpflege zu. Das Alter bei Auszug verschiebt sich bei den vollstationären Pflegebedürftigen nach oben und bei den teilstationären Pflegebedürftigen nach unten.

Der nachfolgende Vergleich (Abb. 5-13) des Durchschnittsalters in den Kreisen nach Art der Pflege verdeutlicht zusammenfassend die Zielformulierung eines abgestuften Pflegeangebotsnetzwerkes. Ist die Streuung des Durchschnittsalters in der Tagespflege noch relativ groß (besonders jüngere Personen nehmen Tagespflege in Anspruch), verteilt sich das Durchschnittsalter in der vollstationären Pflege relativ gering um das 80. Lebensjahr.

²⁵⁵ Das durchschnittliche Alter der „neuen“ Bewohner betrug 1997 bei den Frauen 83 Jahre und bei den Männern 78 Jahre.

²⁵⁶ Siehe hierzu Abschnitt 5.2.3.9 Art bzw. Grund des Auszuges.

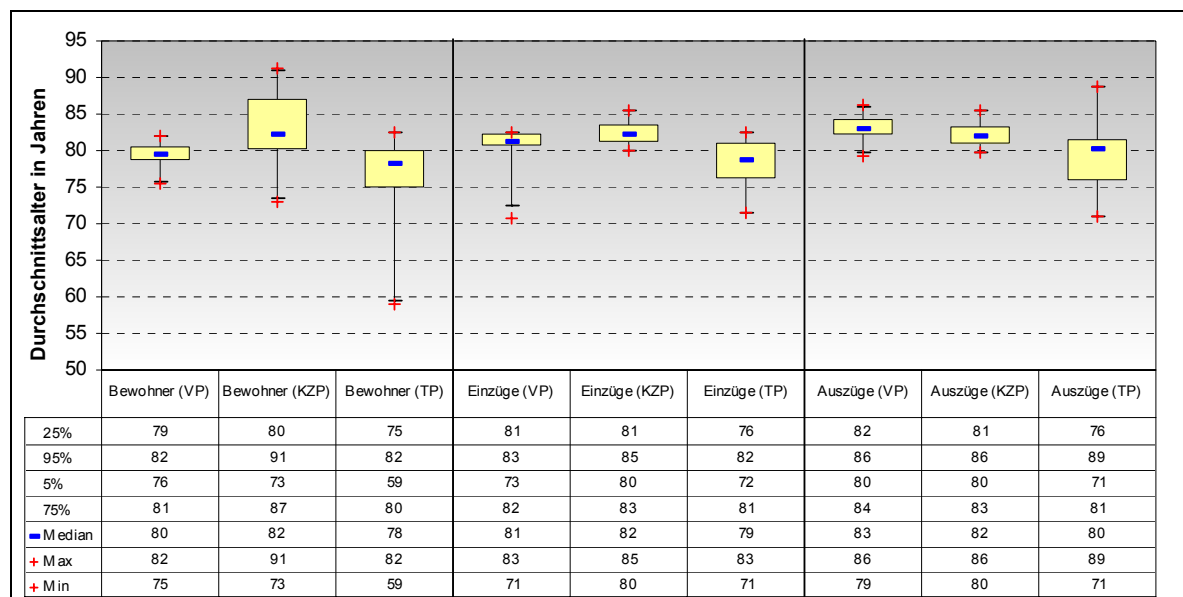
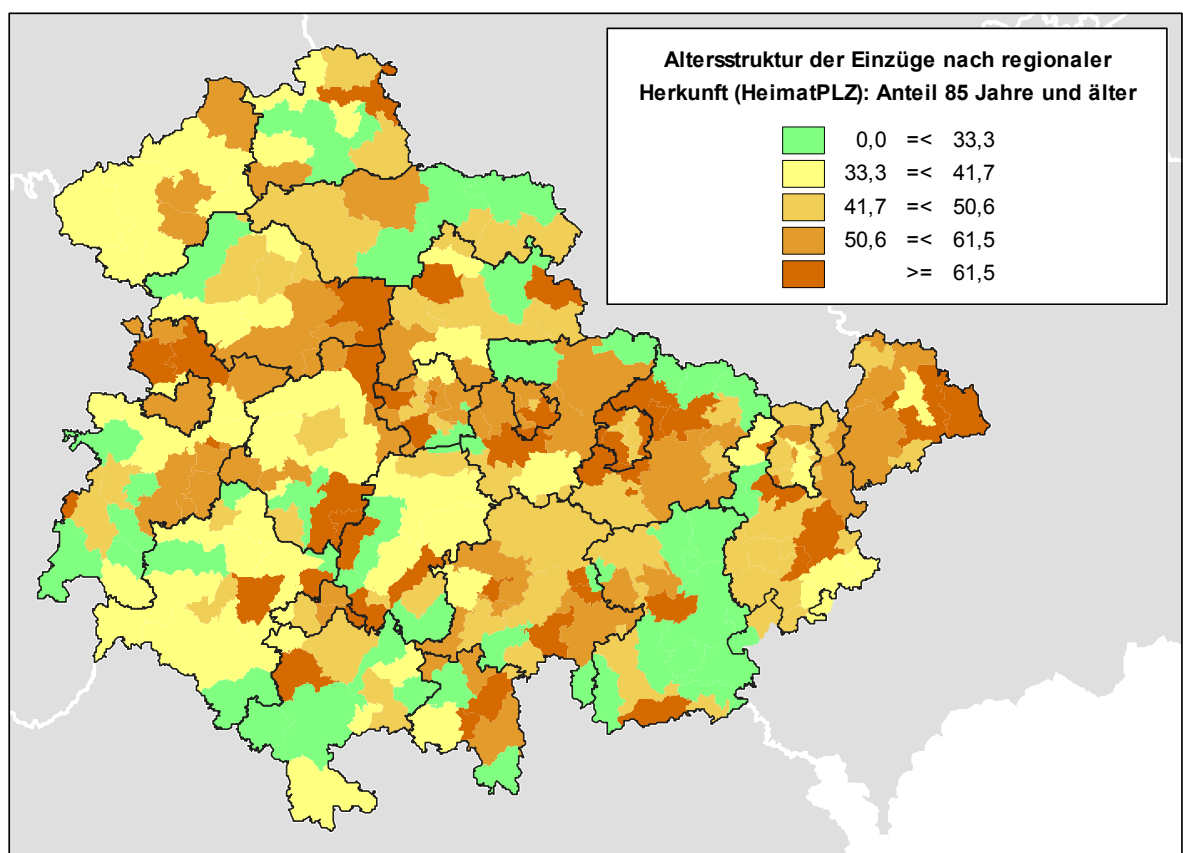


Abb. 5-13: Durchschnittsalter der Bewohner, Einzüge und Auszüge nach Art der Pflege 1999

Topologie: Die raumstrukturelle Altersdifferenzierung der vollstationären Einzüge nach der Heimatregion der Pflegebedürftigen im Zeitraum 1998/99 zeigt Konzentrationen Hochbetagter im östlichen Thüringen und im Umland der kreisfreien Städte (Karte 5-2). Diese allgemeine Differenzierung charakterisiert einen wesentlich früheren stationären Pflegebedarf im ländlichen Raum aufgrund einer möglicherweise schlechteren ambulanten/häuslichen Pflegeversorgung in dünner besiedelten Regionen. Weitere Topologien zur regionalisierten Altersstruktur der Bewohner sind in den Anlagen Karte III-6 zum Hochbetagtenanteil an den Bewohnern, Karte III-7 zum Durchschnittsalter der Bewohner und Karte III-8 zum Durchschnittsalter der Einzüge dargestellt.



Karte 5-2: Altersstruktur der vollstationären Einzüge im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 (Anteil der Hochbetagten) nach regionaler Herkunft der neuen Bewohner

5.2.3.3 Grad der Pflegebedürftigkeit

In allen Pflegeeinrichtungen sind die drei Pflegestufen ähnlich besetzt. Der Schwerpunkt liegt in der Pflegestufe 2 mit 34% der Gesamtbewohner bzw. 40% unter den Bewohnern nach SGB XI.

Bewohner: Nichtpflegebedürftige Bewohner haben mit 16% noch immer einen relativ hohen Anteil an der Gesamtbelegung. Zu ihnen zählt die Gruppe der „Wohnfälle“, die mit 1.092 Bewohnern noch in 60% aller Pflegeeinrichtungen vertreten sind. Ebenfalls gehören die 1.131 Bewohner der Stufe 0 in 74% der Pflegeeinrichtungen dazu. Neuaufnahmen dieser beiden Bewohnergruppen sind die Ausnahme (rd. 5% aller Neuzugänge in Thüringen). Anzunehmen ist, dass der gegenwärtige Bestand dieser Bewohnergruppen zum Teil auf die Umwidmung der DDR-Feierabendheime in Pflegeeinrichtungen zurückzuführen ist. Zugleich verweisen nichtpflegebedürftige Neuaufnahmen auch auf eine Personengruppe, die aufgrund fehlender Voraussetzungen zwar nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI, sind aber dennoch in eine Pflegeeinrichtung einziehen (müssen).²⁵⁷ Diese immerhin 5% aller Neuzugänge sind sicher nur die Spitze eines Eisberges und verweisen auf Bedarfslagen, die durch die „Maschen“ der Pflegeversicherung fallen. Die Schaffung alternativer Wohn- bzw. Angebotsformen für diese Bewohnergruppen ist eine der zentralen Herausforderungen kommender Jahre. Unter dem Pflegeaspekt sind sie in einer reinen Pflegeeinrichtung nicht gut und zu teuer untergebracht. In der Konsequenz einer solchen strikten Trennung gewinnen die Pflegeeinrichtungen jedoch verstärkt den Charakter eines reinen Siechenheims oder Sterbehospizes. In Ansätzen zeigt die Auszugsstruktur bereits solche Zustände. Da auch nichtpflegebedürftige Bewohner bzw. Nutzer in der Kurzzeitpflege bzw. Tagespflege mit rd. 4-5% vertreten sind, kann ein allgemeiner Bedarf an einer Grundkapazität auch für nichtpflegebedürftige Bewohner / Nutzer nachgewiesen werden.

Der Grad der Pflegebedürftigkeit steigt von der Tagespflege über die Kurzzeitpflege bis zur vollstationären Dauerpflege. Sichtbar wird dieser Zusammenhang am Beispiel der Bewohner der Pflegestufe 2: In der Tagespflege sind 30% im Alter von 85 Jahren und älter. In der Kurzzeitpflege sind es bereits 45% und in der vollstationären Dauerpflege 50%. Diese Gesamtaussage wird in Anlage Abb. III-11 nach Altersgruppen und der Art der Pflege differenziert.

Einzüge: Der überwiegende Teil der „neuen“ Bewohner der vollstationären Pflege ist in die Pflegestufe 2 (42%) eingestuft und die Pflegestufe 3 ist im Verhältnis zur Bewohner- und Auszugsstruktur relativ schwach besetzt (Abb. 5-14). Dennoch ist insgesamt eine Tendenz zu höherer Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe) und höherem Alter der „neuen“ Bewohner festzustellen.

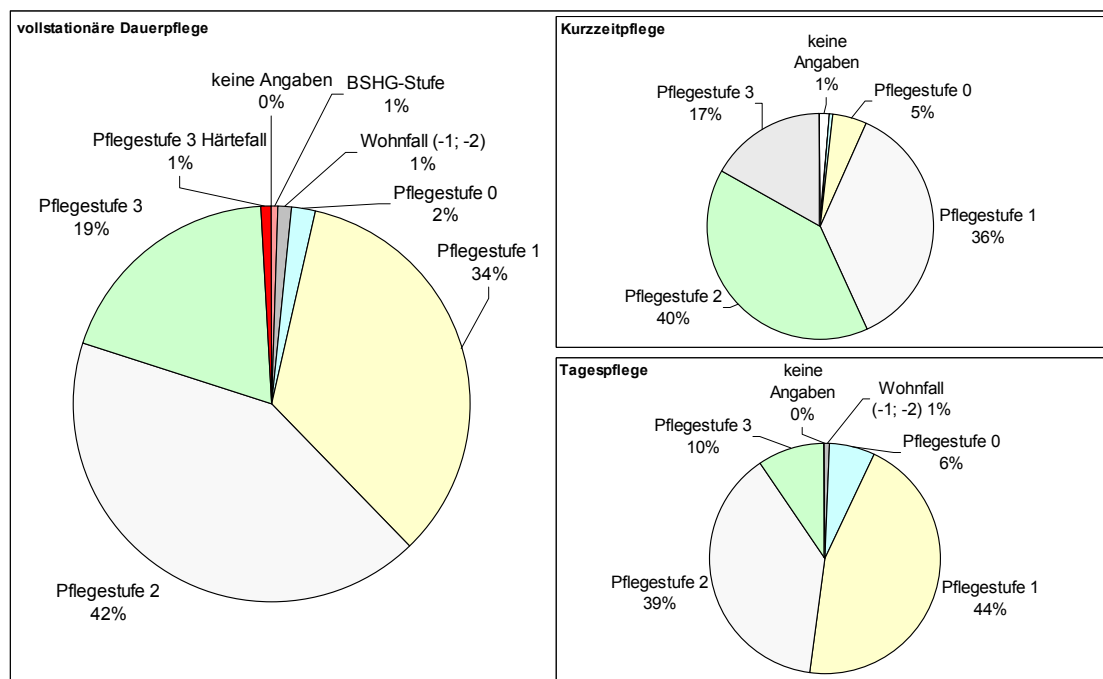


Abb. 5-14: Struktur der Einzüge im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 nach Grad der Pflegebedürftigkeit

²⁵⁷ Diese Personengruppe ist sehr differenziert und nicht pauschal mit „nicht hilfebedürftig“ zu charakterisieren (z.B. Hilflosigkeit und Orientierungslosigkeit in Folge einer Altersdemenz oder Unfallgeschädigte).

Im Sinne der Kurzzeitpflege als temporäre Ergänzung der ambulanten/häuslichen Pflege (maximal 4 Wochen) ist das allgemein höhere Alter in der Kurzzeitpflege auf einen dadurch möglichen längeren, möglichst langen oder auch dauerhaften Verbleib im Privathaushalt zurückzuführen. Der Besuch der Kurzzeitpflege stellt im Pflegealltag folglich eher eine nicht mehr vermeidbare bzw. notwendige, aber temporäre (Ausnahme-)Situation dar (vgl. Auszugsgrund/-art Abschnitt 5.2.3.9).

Auszüge: Bewohner, die die vollstationäre Dauerpflege verlassen, haben überwiegend die Pflegestufe 2 (40%), ähnlich in der Kurzzeitpflege (41%). Die Tagespflege wird von der Pflegestufe 1 bestimmt (40%). Zusammenfassend in Abb. 5-15 für den Zeitraum 1998 bis 1999 dargestellt. Insgesamt ergibt sich eine Verschiebung zu höherer Pflegebedürftigkeit während der Aufenthaltsdauer, bei der Art der Pflege aber auch im Vergleich der Umfragen seit 1997.

Die Altersstruktur der Tagespflegenutzer bei Auszug ist erwartungsgemäß in allen Pflegestufen deutlich jünger. Im Vergleich zur Einzugsstruktur hat sich die Altersstruktur aber zu Gunsten der Altersgruppe 85 Jahre und älter verschoben. Ein Hinweis auf eine zunehmende Verweildauer bzw. lange und ansteigende Vertragsdauer/Nutzung der Tagespflege (s. Anlage Abb. III-13).

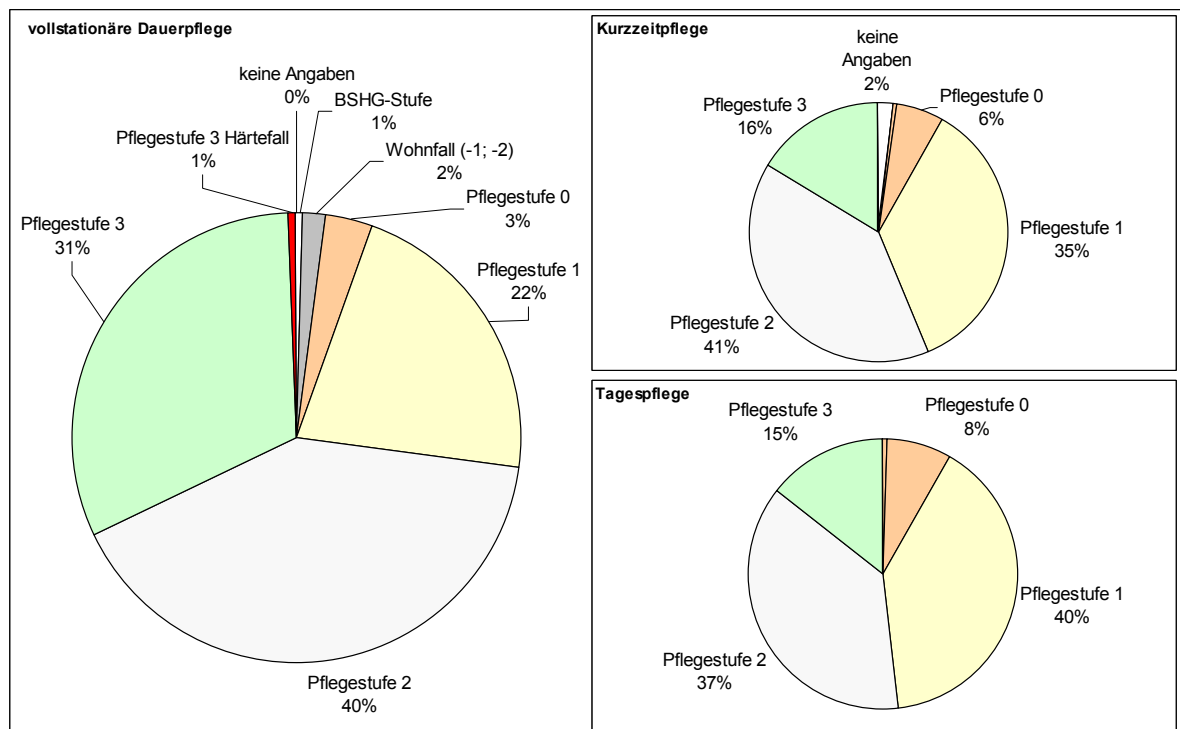
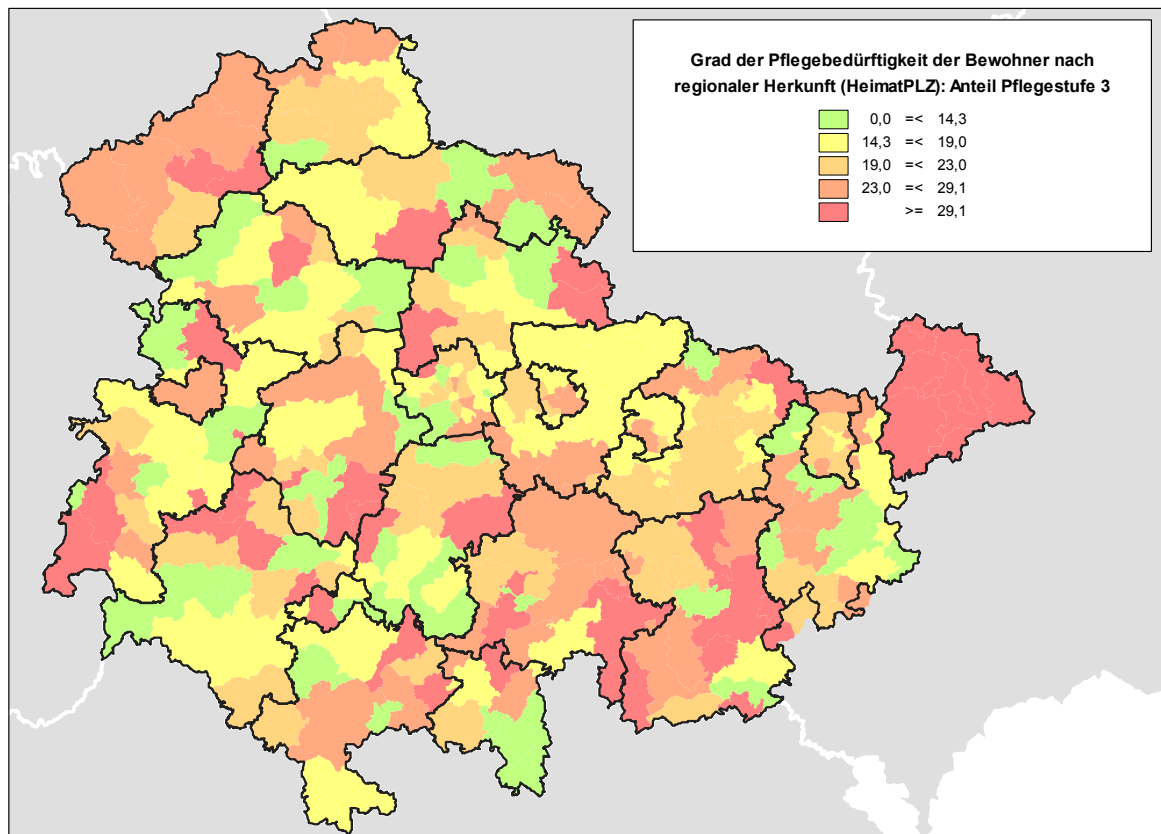


Abb. 5-15: Struktur der Auszüge im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 nach Grad der Pflegebedürftigkeit

Topologie: Die generelle Ausrichtung der Kreise gemäß den Anforderungen der Pflegeversicherung wird aus dem Anteil Pflegebedürftiger in den Einrichtungen deutlich (Anteil SGB XI an der Gesamtbelegung). Aus der Gegenüberstellung der pflegebedürftigen Bewohner und pflegebedürftigen Einzüge wird ersichtlich, dass die Landkreise Gotha, Unstrut-Hainich und am extremsten Sonneberg relativ viele nichtpflegebedürftige Personen im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 in die vollstationäre Pflege aufgenommen haben (s. Anlage Abb. III-30).

Darüber hinaus zeigt die Topologie des Pflegegrades bezüglich der regionalen Herkunft der Bewohner eine raumstrukturelle Konzentration hoher Anteile der Pflegestufe 3 im Osten und Südosten Thüringens. Die Postleitzahlregionen der Stadt Erfurt zeigen darüber hinaus eine ringförmige Konzentration hoher Anteile um die Innenstadt (s. Karte 5-3).

Werden schließlich nur die vollstationären Einzüge im Zeitraum 1998/99 gemäß ihrer regionalen Herkunft betrachtet, zeigen sich überdurchschnittliche Konzentrationen beim Anteil der Pflegestufe 3 nicht nur im Osten, sondern auch im Westen Thüringens (entlang der Landesgrenzen mit Schwerpunkten im Eichsfeld- und Wartburgkreis: s. Anlage Karte III-9).



Karte 5-3: Grad der Pflegebedürftigkeit (Anteil Pflegestufe 3) nach regionaler Herkunft der Bewohner

5.2.3.4 Synthese Pflegestufe und Altersgruppe

Die Gegenüberstellung aus Grad der Pflegebedürftigkeit und Altersgruppen im Vergleich der Umfragen 1997 und 1999 (Abb. 5-16) verdeutlicht die Strukturverschiebung zu älteren und stärker pflegebedürftigen Bewohnern. Die Einfärbungen symbolisieren jeweils die entsprechende Bewohneranzahl einer Alters- und Pflegegradgruppe. Die konzentrische Zunahme zum Schnittpunkt Pflegestufe 2 und Altersgruppe „85 Jahre und älter“ hat sich im Vergleich der Jahre noch „oben“ verschoben und konzentriert (älter und pflegebedürftiger).

Gleichmaßen hat sich die pfeilförmige Ausformung in der graphischen Darstellung (Abb. 5-16) zu den „unter 65-jährigen“ der Pflegestufe 3 verlängert (von anfänglich bis 500 Bewohner in die Gruppe von 500 bis 1000 Bewohner). Ein Zeichen dafür, dass immer mehr junge „schwerstpflegebedürftige“ Personen in den Pflegeeinrichtungen leben bzw. leben müssen.

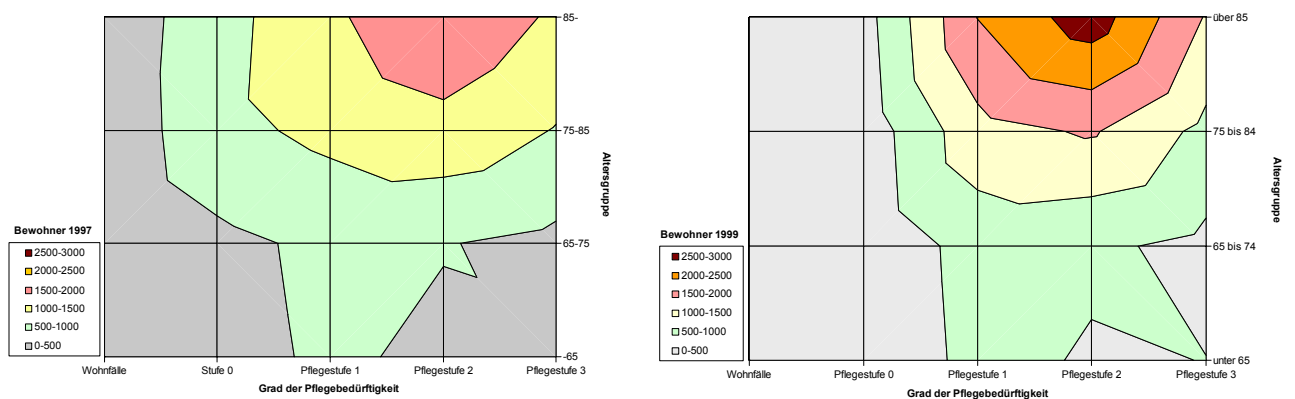


Abb. 5-16: Altersgruppen- und Pflegegradstruktur im Vergleich der Jahre 1997 und 1999

5.2.3.5 Familienstand

Der Familienstand der Bewohner gibt Auskunft über die Situation bestehender partnerschaftlicher Pflegepotentiale. Rund 91% der Bewohner der stationären Dauerpflege sind alleinstehend. Von den

verbleibenden 9% der Bewohner haben 4% ihren Partner außerhalb und 3% innerhalb einer Pflegeeinrichtung. Bei 2% liegen keine Angaben vor (Abb. 5-17).

Unterschiede zeigen sich sowohl in den Kreisen als auch nach der Art der Pflege. Der Anteil der Bewohner mit Partner (sowohl innerhalb wie außerhalb der Pflegeeinrichtungen) ist mit 3,5% im Eichsfeldkreis am geringsten und mit 9,6% im Landkreis Schmalkalden-Meiningen und der Stadt Suhl am höchsten. Die Spezifika des Eichsfelds führen dazu, wie auch bei anderen Analysepunkten, dass erst mit dem Fehlen eines partnerschaftlichen oder familiären Pflegepotentials ein Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung überhaupt denkbar wird.

Wie bereits eingangs geschildert, ist der Familienstand daher ein bedeutender Einflussindikator für den Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung. Diese Erkenntnis unterstreicht die Wichtigkeit des Familienstandes bei der Tagespflege und Kurzzeitpflege. Nur 15% der Nutzer der Tagespflege haben keinen Partner. Es ist anzunehmen, dass die anderen 85% nur durch ihren Partner die notwendige ergänzende Pflege erhalten. Ähnlich ist die Kurzzeitpflege strukturiert. Das Ziel der zeitlich begrenzten Kurzzeitpflege ist die temporäre Entlastung der Pflegeperson und der Rückkehr in den Privathaushalt. Die Rückkehr wird durch die 87% Nutzer mit Partner erst ermöglicht.

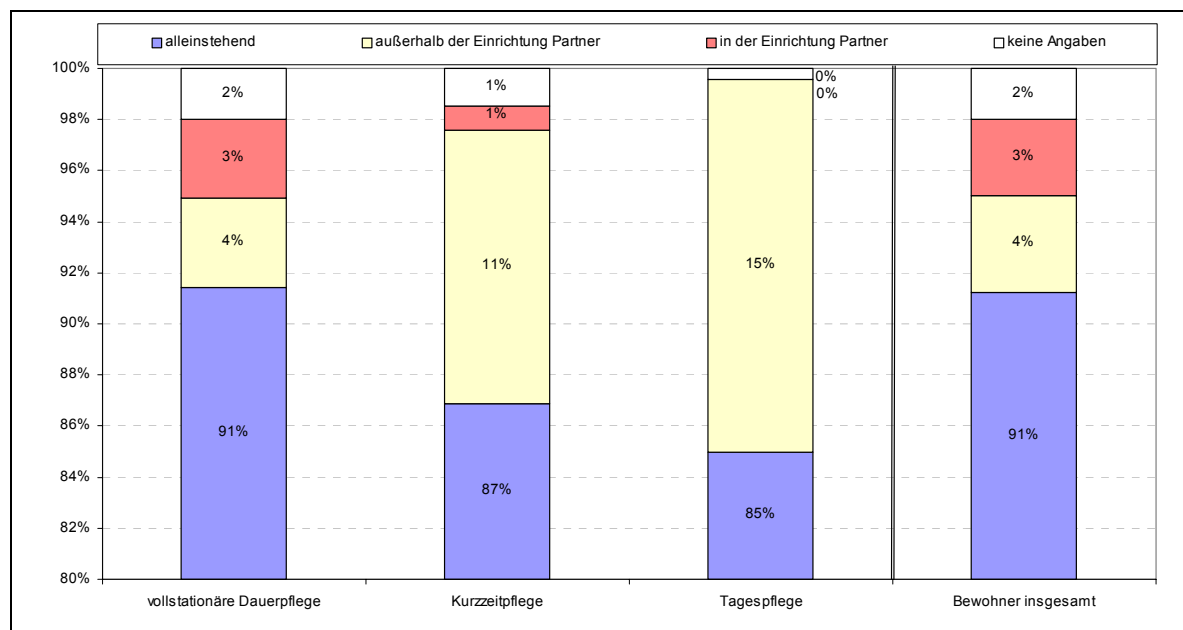


Abb. 5-17: Struktur der Bewohner nach Art der Pflege und Familienstand am 30.06.1998

Auch der Familienstand bei Einzug reflektiert diesen Einfluss auf die Inanspruchnahme von vollstationären Pflegeleistungen. Das niedrige Durchschnittsalter von 75 Jahren bei neu eingezogenen Bewohnern mit Partner außerhalb der Einrichtung ist ein Hinweis auf die besondere Situation bei der Alltagsbewältigung der Pflege- und Hilfebedürftigkeit der Betroffenen.²⁵⁸

Eine generelle Aussage darüber, dass der Verlust des Partners den Einzug in eine Pflegeeinrichtung zur Folge gehabt hat, ist allein aus diesem Ergebnis nur bedingt abzuleiten. Die Frage nach dem Familienstand definiert nur die Situation der Personen zum Zeitpunkt der Umfrage. Erst die Erkenntnisse aus Abschnitt 5.2.2 (verbindliche Anmeldungen) sichern diese Herleitung gut ab.

5.2.3.6 Kostenträger

Untersuchungen zum Kostenträger zeigen die positiven Auswirkungen der Pflegeversicherung. Knapp drei Viertel aller Bewohner waren 1999 nicht mehr auf Leistungen des Sozialamtes angewiesen, sondern waren sogenannte Selbstzahler (Pflegeversicherung + Eigenanteil).²⁵⁹ Nimmt man an, dass die rd. 21% Pflegebedürftigen ohne Angaben zum Kostenträger mit hoher Wahrscheinlichkeit ebenfalls Selbstzahler sind, dann benötigen theoretisch 92% der Bewohner keine Sozialhil-

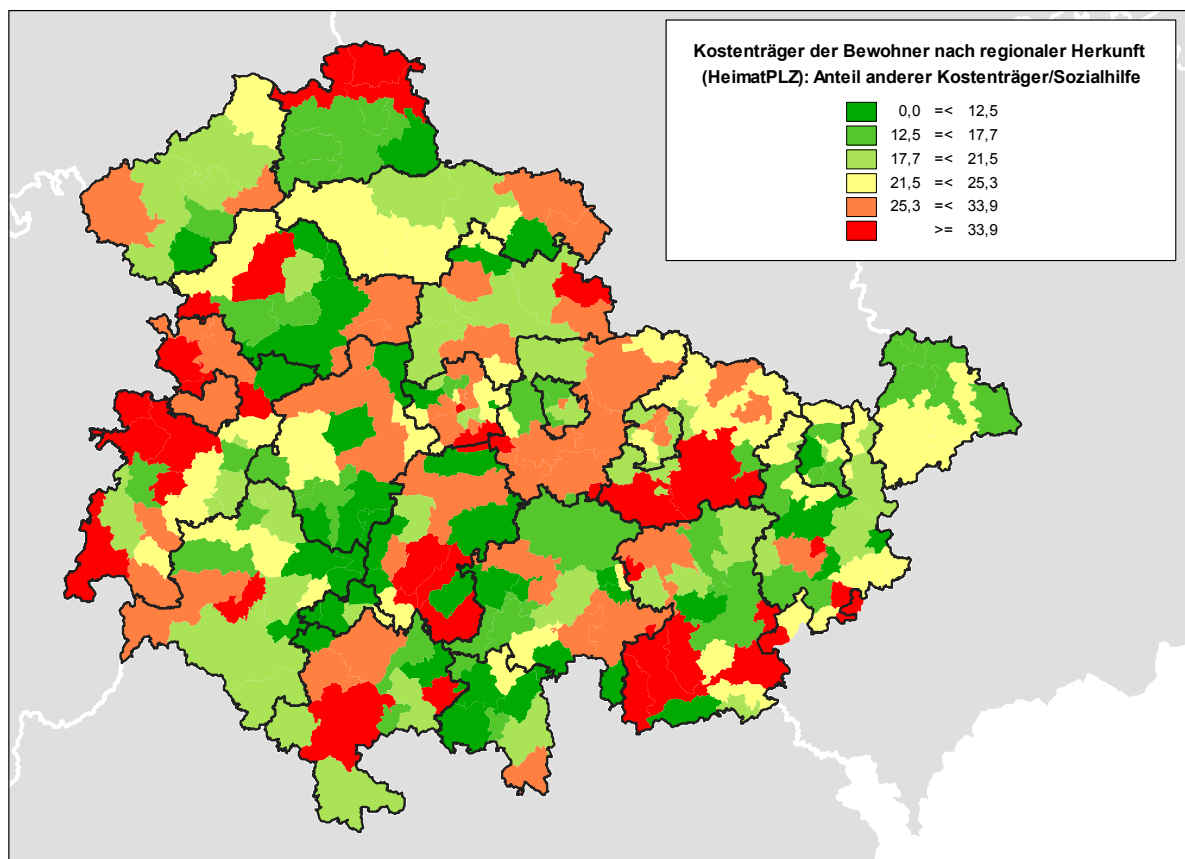
²⁵⁸ Vgl. zum generellen Zusammenhang des Verhältnisses der Pflegebedürftigen mit bzw. ohne Partner zum Lebensalter und der mit dem Alter zunehmenden Wahrscheinlichkeit alleinstehender Bewohner Anlage Abb. III-6.

²⁵⁹ Mit „anderen Kostenträgern“ wurden für die Umfragen einheitlich die Kostenträger definiert, die für die Unterbringung zusätzlich zur Pflegeversicherung entstandenen Kosten übernommen haben, wenn diese nicht durch den Bewohner selbst aufgebracht werden konnten. Dieser Kostenträger ist durchgängig das Sozialamt mit der Sozialhilfe in besonderen Lebenslagen.

fe mehr. Im 2. Landespflegeplan 1997 waren nur 57% aller Bewohner Selbstzahler, 25% bezogen Leistungen von anderen Kostenträgern wie der Sozialhilfe, und bei 18% der Bewohner wurden keine Angaben gemacht.

Dieser Anteil der Sozialhilfeempfänger ist direkt abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit, Alter und von der Pflegeart sowie Pflegedauer. Zusammengefasst haben Nutzer der Tagespflege mit 4% deutlich öfter andere Kostenträger (Sozialhilfe) als Kurzzeitpflegebewohner. Die Altersgruppen „unter 65“ sowie „über 85 Jahre“ liegen mit jeweils über 30% deutlich über den Sozialhilfeempfängeranteilen anderer Altersgruppen (um 18%). Zudem nimmt mit steigender Aufenthaltsdauer die Wahrscheinlichkeit zu, auf Sozialhilfe angewiesen zu sein. Bei einer Aufenthaltsdauer von unter einem Jahr liegt der Anteil noch bei nur 5%. Nach 10 Jahren Aufenthaltsdauer sind bereits 30% der Bewohner auf Sozialhilfe angewiesen. Die Topologie des Sozialhilfeempfängeranteils aus Karte 5-4 zeigt hingegen kaum raumstrukturelle Merkmale.

Das Ziel der Pflegeversicherung, die Kosten der Pflegebedürftigkeit im Alter von der Sozialhilfe abzukoppeln, kann zur Zeit (1999/2000) als weitestgehend realisiert eingestuft werden. Der nachhaltige Rückgang der Sozialhilfeempfänger in der Einzugsstruktur seit 1997 bestätigt dieses Bild. Aber auch hier ist festzustellen, dass mit steigendem Alter und zunehmender Pflegebedürftigkeit die Leistungen der Pflegeversicherung oft nicht ausreichen und die übrigen Kosten von der Sozialhilfe abgedeckt werden müssen. Die Dauerhaftigkeit des Rückgangs pflegebedingter Sozialhilfeempfänger muss daher abgewartet werden. Zu hoch sind die Unsicherheiten bei den Pflegekosten. Bereits heute wird von einer „Explosion“ der Pflegekosten gesprochen. Die prognostizierten Kosten wird die Pflegeversicherung nicht decken können und wollen (zur Teilkaskoversicherung s. Abschnitt 2.2.3).



Karte 5-4: Kostenträger (Anteil Sozialhilfeempfänger) nach regionaler Herkunft der Bewohner

Für Thüringen zeichnet sich bereits heute ab, dass die sogenannten bewohneranteiligen Investitionskosten bei Einrichtungen, die nicht durch das Investitionsprogramm nach Artikel 52 PflegeVG gefördert wurden, dramatisch hoch sein werden bzw. schon sind. Im klassischen Fall wird vom örtlichen Sozialhilfeträger förmlich erwartet (vom private Investoren wie auch von den Pflegebedürftigen), dass die über die Pflege hinausgehenden Kosten – insbesondere die Investitionsfolgekosten – „automatisch“ übernommen werden. Damit erlangen die Träger unabhängig von der Lan-

despflegeplanung eine indirekte öffentliche Förderung für, z.B. im Sinne der Bedarfsplanung des Landes, nicht förderfähige Platzkapazitäten oder Einrichtungen, die nicht den Anforderungen entsprechen. Diese Problematik kann auch innerhalb einer Einrichtung entstehen, wenn neben geförderten Plätzen die Kapazität der Einrichtung erweitert wird/wurde. In einem „Haus“ kommt es so zu unterschiedlichen Pflegekosten bei gleicher Ausstattungs- und Pflegequalität.

Diesen Umstand gilt es grundsätzlich bei der Bewertung von Einrichtungen außerhalb der Landespflegeplanung zu beachten. Die Träger bzw. Investoren rechtfertigen die Situation oft mit dem zu erwartenden enormen zukünftigen Pflegeplatzbedarf oder ihren aktuellen Wartelisten. Mittelfristig wird dadurch aber der Sinn und die Finanzierung der Pflegeversicherung im stationären Bereich unterwandert.

5.2.3.7 Zugangsweg der neuen Bewohner / Einzüge

Mit dem Zugangsweg der neuen Bewohner wurde die Situation unmittelbar vor dem Einzug in die Einrichtung abgefragt. Dieser Zugangsweg ist in Abb. 5-18 differenziert nach der Art der Pflege dargestellt. Aus privaten Haushalten zogen in die Tagespflege 94%, in die Kurzzeitpflege 85% und in die vollstationäre Dauerpflege nur noch 49% um. Die übrigen zogen aus einem Krankenhaus oder aus einem anderen Heim in eine Pflegeeinrichtung.

War der Anteil aus dem Privathaushalt zu Gunsten der Aufnahme aus dem Krankenhaus beim Vergleich der ersten zwei Umfragen 1997 und 1998 rückläufig, nimmt er 1999 wieder zu. Bei der Vorstellung der Ergebnisse im Landespflegeausschuss wurde dieser deutliche Rückgang von Umzügen aus dem Krankenhaus in eine Pflegeeinrichtung sehr negativ bewertet. Wichtiger Aspekt der Gesundheitsreform ist die Kapazitätsreduzierung in den Krankenhäusern. Die teilstationäre Nachsorge in den Pflegeeinrichtungen soll hier Kompensationsleistungen erbringen (überwiegend durch die Kurzzeitpflege). Es scheint, dass die Bedarfslage diesem Reformwunsch entgegen steht.

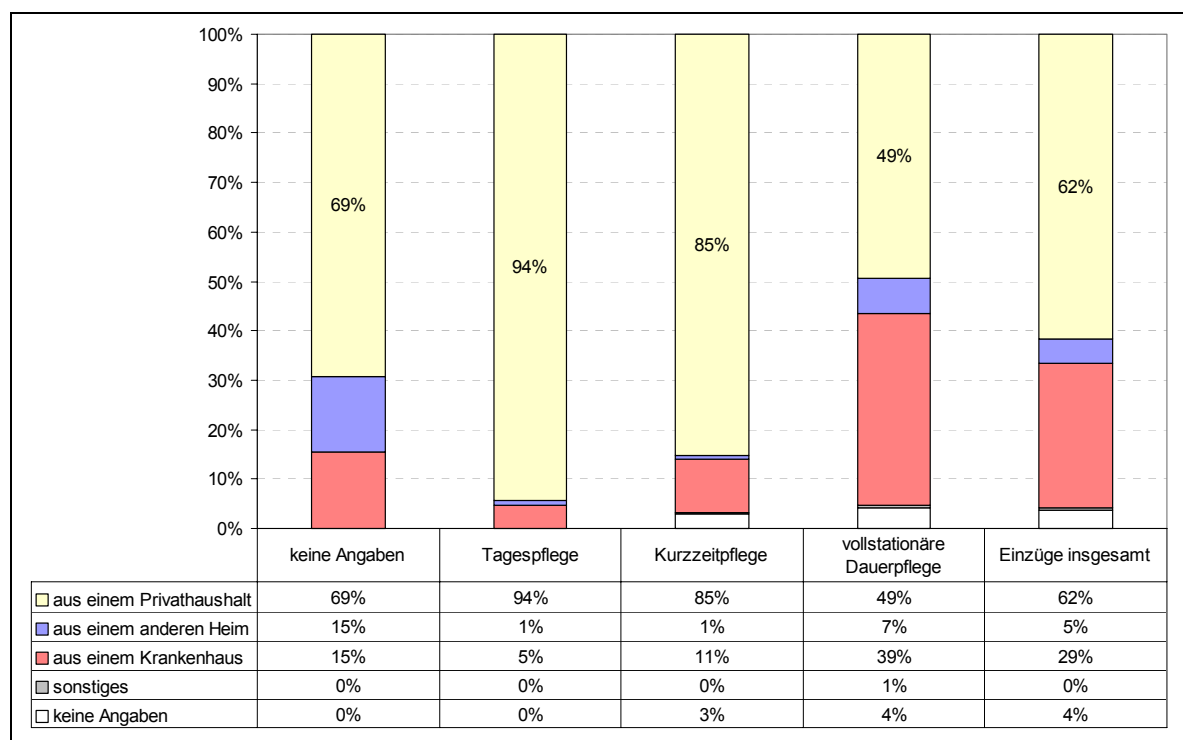
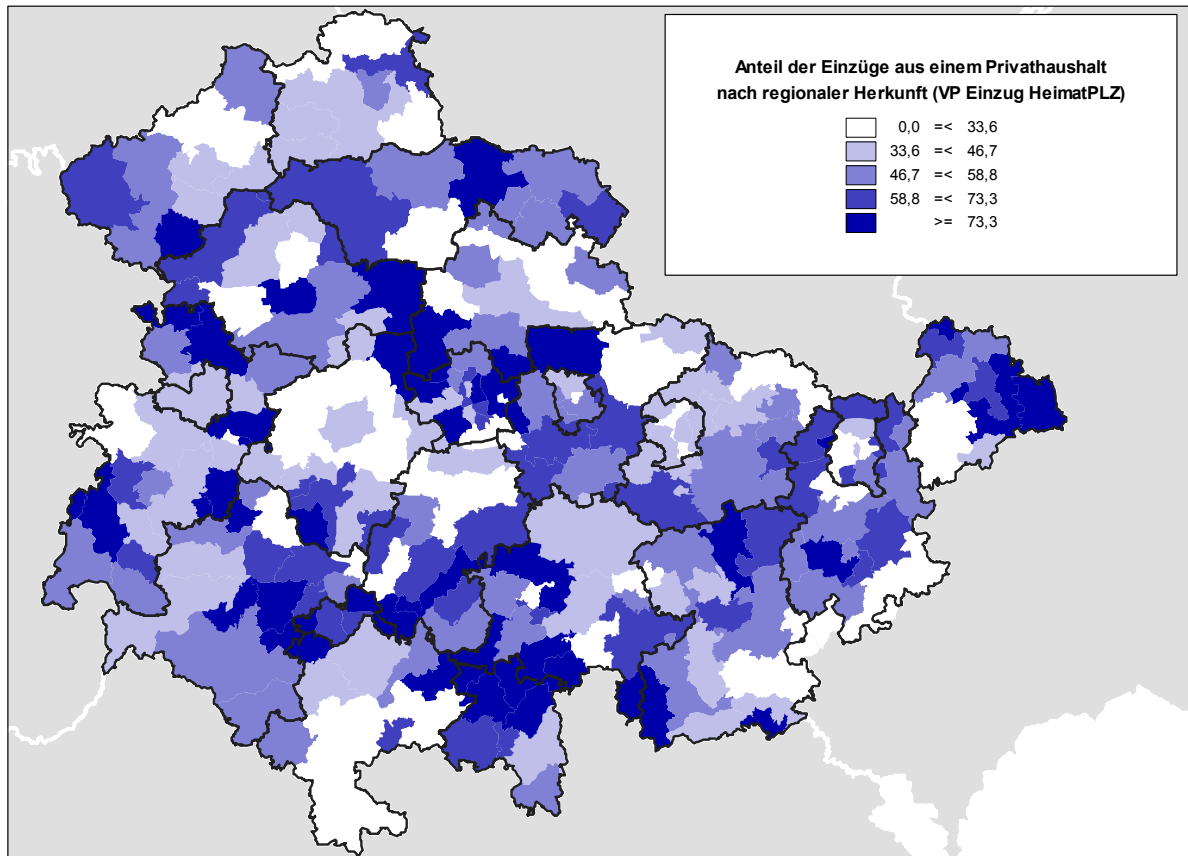


Abb. 5-18: Struktur der Einzüge nach Art der Pflege und Anteil des Zugangswegs an allen Einzügen im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999

Zusammenfassend ist folgendes festzustellen:

1. In die Tagespflege kommen 94%, in die Kurzzeitpflege 85% und in die vollstationäre Dauerpflege nur noch 49% aus einem Privathaushalt. Raumstrukturelle Schwerpunkte mit hohen Einzugsanteilen aus einem Privathaushalt nach regionaler Herkunft der vollstationären Einzüge im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 liegen im Thüringer Wald sowie im Umland der kreisfreien Städte (z.B. Stadt Gera: Karte 5-5).

2. Das Durchschnittsalter ist abhängig vom Zugangsweg. Bewohner, die aus einem anderen Heim kommen, sind mit 78 Jahren die „jüngsten“. Bewohner aus einem Krankenhaus sind im Durchschnitt 80 Jahre alt und Bewohner aus einem Privathaushalt sind mit bereits 82 Jahren die ältesten neu Eingezogenen.
3. Mit höherer Pflegebedürftigkeit nimmt die Wahrscheinlichkeit zuvor genutzter Gesundheitsinfrastrukturen zu: Das Verhältnis neuer Bewohner aus einem Privathaushalt zu allen Neueinzügen nimmt mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit von 71% (Pflegestufe 0) bis 53% (Pflegestufe 3) deutlich ab. Der Anteil aus einem Krankenhaus nimmt gleichzeitig zu.



Karte 5-5: Anteil vollstationärer Einzüge aus einem Privathaushalt nach regionaler Herkunft der Einzüge

5.2.3.8 Pflegebedingtes Wanderungsgeschehen und Versorgungsverflechtung

Pflegebedürftigkeit ist kein dauerhafter Zustand. Meist verschlechtert sich der Grad der Pflegebedürftigkeit oder bisherige familiäre Pflege und Hilfe kann nicht mehr geleistet werden. Wie bereits deutlich wurde, steigt mit zunehmendem Pflegebedürftigkeitsgrad auch das Risiko einer Heimpflege. Da stationäre Leistungen der Pflegeversicherung nicht flächendeckend und absolut wohnortnah angeboten werden können, hat eine potentiell notwendige Heimpflege vielfach auch einen Umzug in eine andere Gemeinde und schlimmstenfalls eine andere Region zur Folge. Dem Ausmaß dieses pflegebedingten und sicher unfreiwilligen Wanderungsverhalten geht die vorliegende Arbeit mit Analysen zur Herkunft der Pflegebedürftigen mit einer bisher einmaligen Differenzierung nach. Erhoben wurde die Postleitzahl des letzten Wohnortes vor Einzug in die Pflegeeinrichtung.

Die Gliederung nach fünfstelligen Postleitzahlregionen (5-PLZ) ist dabei ein Kompromiss zwischen Detaillierungsstufe und Praktikabilität. Bereits die Ermittlung der Heimat-Postleitzahl aller Bewohner stellte manche Heimleitung vor gewaltige Probleme. Die Bereitschaft und der Zeitaufwand für Heimleitung ist daher bemerkenswert, und es soll ihnen an dieser Stelle nochmals dafür gedankt werden. Eine räumliche exakte Gliederung wäre sonst genauso wie das Grundverständnis von regionalen Disparitäten und Wanderungen bei Pflegebedürftigkeit nicht möglich geworden.

Es konnte bei 14.727 Bewohnern die regionale Herkunft bestimmt werden. Nur 2,5% bzw. 367 Bewohner wurden mangels Angaben oder Unstimmigkeiten bei der Postleitzahl nicht zugeordnet. Allerdings war die Datenaufnahme mit weitreichenden Problemen versehen. Unzählige alte Post-

Leitzahlen mussten genauso zugeordnet werden wie der reine Ortsname und in einigen Fällen nur eine Ortsbeschreibung „in der Nähe von“. Mehrstufige Plausibilitätskontrollen sichern die Ergebnisse ab. Der Autor glaubt, dass mit dieser akribischen Erhebung und Auswertung des Datenmaterials ein wichtiger Beitrag zur Methodik einer präzisen Datenanalyse und Diskussion pflegebedingter (Zwangs-)Mobilität geleistet werden kann (vgl. auch ZOBEL 1998B und ZOBEL 2001).

Zur Identifizierung von Zu- und Fortzügen pflegebedürftiger Bewohner werden die Angaben zur Herkunftspostleitzahlregion auf Kreisebene aggregiert. Von primärem Interesse ist das Wandergeschehen der Kreise untereinander und mit anderen Bundesländern. Dabei ist zu beachten, dass Postleitzahlregionen nicht gebietsscharf zu administrativen Einheiten (z.B. Kreisen) zugeordnet werden können. Kreisspezifische Aussagen können daher nur über eine näherungsweise Aggregation erfolgen. Vereinzelt kann es so zu leichten Abweichungen bei den Kreisangaben kommen. So schneiden die Postleitzahlregionen der kreisfreien Städte die Gemeindegrenzen (kreisfreie Städte bestehen meist aus Postleitzahlen für die Innenstadt und für das Umland). Da jedoch der größte Anteil der Umlandpostleitzahl im benachbarten Landkreis liegt, wurden für die kreisfreien Städte nur die Postleitzahlregionen ausgewählt, die in etwa der Siedlungsfläche (bebauten Fläche mit größtem Einwohneranteil der Gemarkungsfläche ohne Eingemeindungen) entsprechen.

Im Zusammenhang mit dem Grundsatz einer wohnortnahen Versorgung sollte sich der sogenannte Austausch pflegebedürftiger Menschen auf ein Minimum beschränken. Mit Ausnahme sogenannter Familienzusammenführung oder Rückkehr in die Heimatregion / den Heimatort darf die Pflegebedürftigkeit keinen Regionswechsel zwingend zur Folge haben. Diesem Grundsatz liegt die Annahme zugrunde, dass mit zunehmendem Alter ein unfreiwilliger Ortswechsel in fremde Regionen schwerer fällt bzw. untragbar für den alten Menschen wird. Diese Erkenntnis ist nicht als Gegensatz zur potentiellen Umzugsbereitschaft im Alter zu sehen. Unter den Senioren gibt es eine wachsende Gruppe mit einer hohen Bereitschaft, die Wohn- und Lebenssituation durch einen Umzug zu verbessern. Ein Manko aller Untersuchungen zur Umzugsbereitschaft ist der durchgängige Bezug auf Wohnungen und die privaten Haushalte (vgl. HEINZE/EICHENER 1997). Der Autor nimmt an, dass die Umzugsbereitschaft älterer Menschen nur im Sinne einer altersgerechten Wohnung und innerhalb des Heimgartens oder sogar Stadtteils zu verstehen ist. Zur Umzugsbereitschaft in andere Regionen oder gar Bundesländer liegen nach Kenntnis des Autors keine Untersuchungen vor.

In der ersten Umfrage 1997 wurde die regionale Herkunft methodisch nur grob erfasst. Das Ergebnis der Umfrage zeigt einen unerwartet hohen Anteil von 81% Bewohnern aus der Region (aus dem gleichen Ort (57%) und dem gleichen Kreis (24%)), in dem die jeweiligen Einrichtungen ihren Standort haben). 12% der Bewohner hatten ihre „Heimatregion“ innerhalb Thüringens beim Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung verlassen. Und weitere 7% der Bewohner stammten nicht aus Thüringen, sondern aus anderen Bundesländern. 12 Bewohner kamen aus dem Ausland.²⁶⁰ Regionale Schwerpunkte mit hohem „externen“ Bewohneranteil waren Kreise an den Landesgrenzen Thüringens. Neben der naturräumlich bedingten Orientierung, z.B. der Regionen südlich des Thüringer Waldes, war auch der Kostenfaktor bei der Unterbringung pflegebedürftiger Angehöriger zu beachten. Gerade die ersten Jahre der Pflegeversicherung und die „theoretische“ Wahlfreiheit der Pflegebedürftigen respektive ihrer Angehörigen führten zu einer erhöhten Wanderung über die Landesgrenzen nach Thüringen. Damals gab es die pauschale Aussage, dass ein Pflegeheimplatz in den alten rund dreimal soviel kostet wie in den neuen Bundesländern (s. Anlage Abb. III-15).²⁶¹

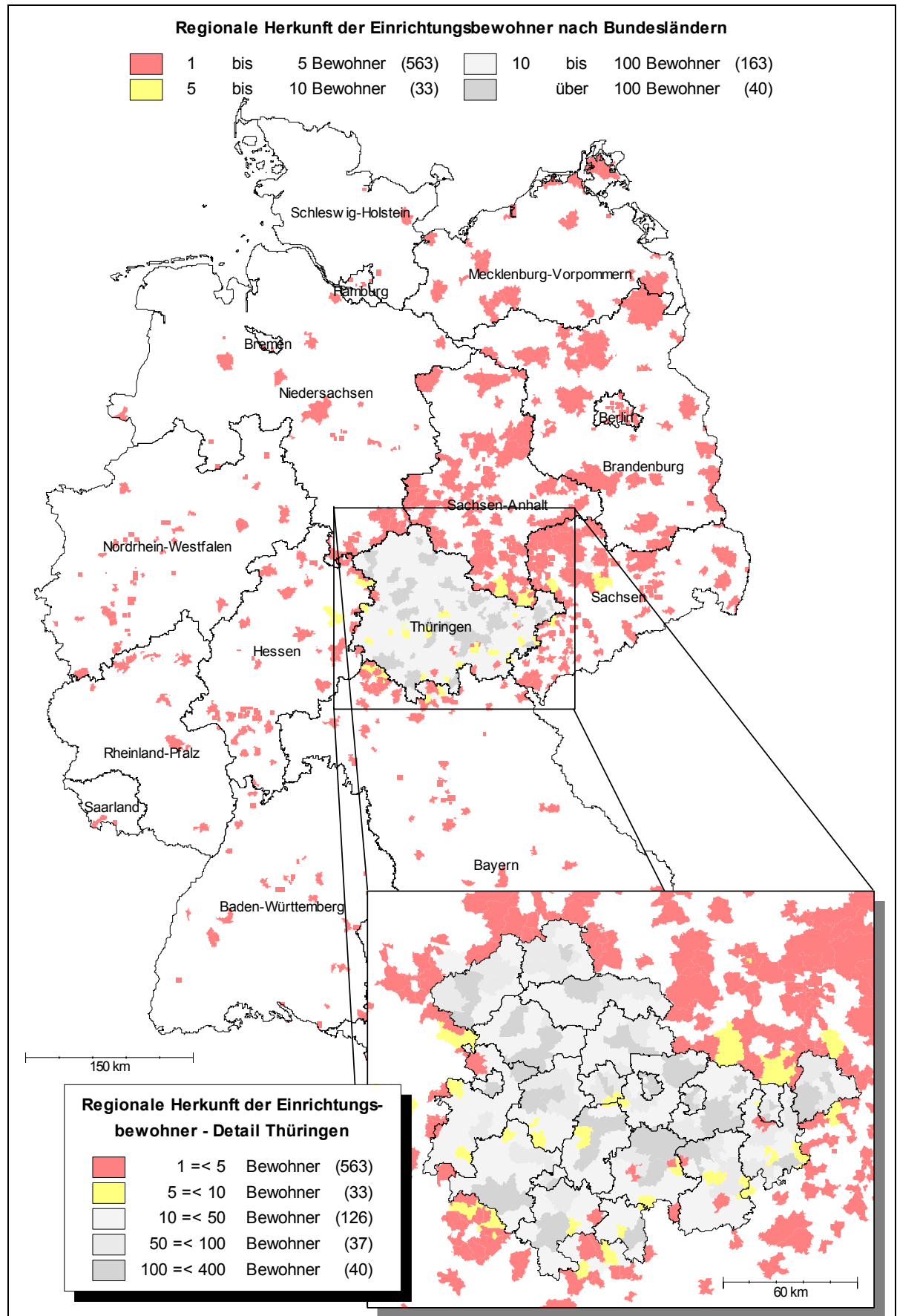
Diese ersten Erkenntnisse wurden zwar bei der Berechnung des effektiven Versorgungsgrades bzw. alternativer Versorgungsquoten berücksichtigt. Die methodisch größte Schwäche dieser Datengrundlage war jedoch, dass zwar erstmals die übernommene Versorgungsfunktion quantifizierbar, nicht jedoch die abgegebene regionale Versorgungsaufgabe messbar wurde. Anhand mehrerer Annahmen konnten nur grundsätzliche Strömungen zwischen den Kreisen ermittelt werden, deren absolute Höhe blieb aber unbekannt. Daher wurde mit dem 3. und 4. Landespflegeplan die Methodik verfeinert und auf die eingangs erwähnte Gliederung nach Postleitzahlregionen ausgerichtet.

Am eindrucksvollsten stellen Karte 5-6 und Karte 5-8 das Ergebnis dieser methodischen Verbesserungen dar. Aus der kartographischen Zuordnung aller Herkunftspostleitzahlen der Bewohner bzw. Einzüge wird die breite Streuung des Zuzuges aus anderen Bundesländern nach Thüringen deut-

²⁶⁰ Die Anlage Abb. III-14 „Regionale Herkunft der Bewohner nach Landkreisen/kreisfreien Städten 1997“ zeigt die nach Kreisen regionalisierten Ergebnisse dieser ersten Erhebung. Unterschieden wurde nach Thüringenanteil und einem externen Anteil.

²⁶¹ Vgl. zum summierten und anteiligen Zuzug aus anderen Bundesländern im Jahr 1999 Anlage Karte III-10.

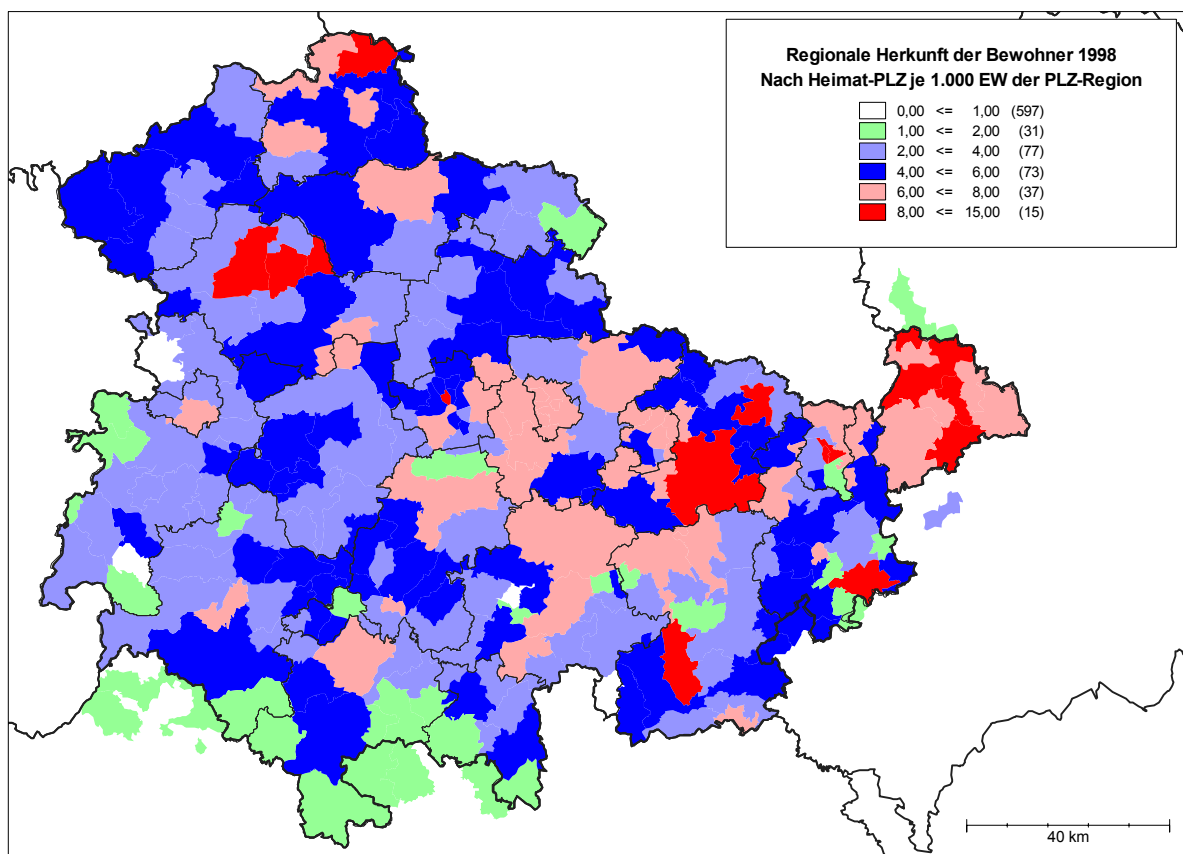
lich. Die hohe Bewohneranzahl aus Thüringer Postleitzahlregionen wurde grau hinterlegt, um hier einen zwar logischen aber nicht beabsichtigten Schwerpunkt zu vermeiden.



Karte 5-6: Regionale Herkunft der Bewohner Thüringer Pflegeeinrichtungen am 30.06.1999 nach fünfstelligen Postleitzahlregionen

Zwei Gruppen charakterisieren den Zuzug nach Thüringen. Die Gruppe „1 bis 5 Bewohner“ dürfte, je nach flächiger Ausprägung, als Familiennachzug oder Rückkehr in die Heimat anzusehen sein. Die gelben Flächen geben einen Zuzug von „5 bis 10 Bewohnern“ an. Ein reiner Familiennachzug ist hier unwahrscheinlich. Zudem ist auch durchweg eine Grenznähe zu Thüringen gegeben.

Analytisch baut die Karte auf absoluten Zahlen auf. Für Deutschland ist diese Methode sinnvoll, beim Detail Thüringen sagen absolute Herkunftszahlen jedoch nicht viel aus. Ohne Bezug zur Gesamtbevölkerung ergeben sich nur wenig interpretierbare Vergleichsaussagen. Karte 5-7 geht dieser Frage mit dem Verhältnis stationär Pflegebedürftiger der Heimatregion je 1.000 Einwohner dieser Region nach. Danach gibt es PLZ5-Regionen, in denen über 8 Pflegebedürftige je 1.000 Einwohner in eine Thüringer Pflegeeinrichtung ziehen. Aufgrund der Differenzierung der fünfstelligen Postleitzahlregionen in Großstädten wird deutlich, dass gerade in den Kernstadtbereichen von Erfurt, Gera und zum Teil Eisenach der stationäre Pflegebedarf relativ hoch ist. Die Verknüpfung mit dem ambulanten Pflegebedarf wird darauf noch weiter eingehen.



Karte 5-7: Regionale Herkunft 1998: Aus einer PLZ5-Region in eine Thüringer Pflegeeinrichtung umgezogene Personen je 1.000 Einwohner dieser Postleitzahlregion

Zusammengefasst lebten 1999 78% aller vollstationären Heimbewohner in ihrem Heimatkreis. 12% hatten ihren letzten Wohnort innerhalb der Landesgrenzen und 6% außerhalb Thüringens. Für die Kurzzeitpflege und Tagespflege hat die regionale Herkunft kaum bzw. keine Bedeutung:

- 73% nutzten die Kurzzeitpflege ihres Heimatkreises. Nur rd. 14% der Kurzzeitpflegebewohner kamen aus einem anderen Kreis Thüringens (überwiegend der Nachbarkreis).
- Von den 367 Nutzern der Tagespflege am Stichtag kamen rd. 93% aus dem Kreis der Einrichtung. Die anderen stammen aus den unmittelbar angrenzenden Kreisen.

Eine einrichtungsbezogene Analyse ermöglichte darüber hinaus Aufschluss über den Einzugsbereich von Pflegeeinrichtungen. Diese heiß diskutierte aber oft empirisch schwach hinterlegte Fragestellung soll ergründen, ob Pflegeeinrichtungen grundsätzlich regionsorientiert eine Versorgungsaufgabe wahrnehmen oder im Extremfall unabhängig davon ein Angebot überregional bereitstellen.

Generalisiert gibt es zwei Gruppen: Die eine Gruppe ist regional verwurzelt, und mit wenigen Ausnahmen kommen alle Bewohner aus der Region. Die andere Gruppe orientiert sich nicht auf Regi-

onen, sondern auf den Pflegemarkt. Bundesweite Werbeanzeigen und ein hoher Anteil über die Landesgrenzen Thüringens zugezogener Bewohner charakterisieren diese Einrichtungen. Hervorzuheben ist hier die Pflegeeinrichtung Tütleben. Da diese nicht im Landespflegeplan aufgenommen ist, fehlen gesicherte Umfrageergebnisse. Die Werbeanzeigen dieser Einrichtung, u.a. mit dem Hinweis auf die gute Autobahnanbindung, sowie Aussagen der Heimaufsicht bestätigen jedoch den Eindruck einer regionsunabhängigen Pflegeeinrichtung.

Neben der unmittelbaren Herkunft sind Aussagen zur regionalen Bedeutung von pflegebedingten Wanderungen über die Kreisgrenzen Thüringens, z.B. für die Bedarfsplanung, folgeschwer. Aussagen zu Versorgungsdisparitäten in den Kreisen nur auf Grundlage einer Versorgungsaufgabe von „fremden“ zugezogenen Bewohnern sind nicht ausreichend. Vielmehr muss das Gesamtverhältnis betrachtet werden. Fortzüge erfassen die Personen eines Kreises, die in eine Thüringer Pflegeeinrichtung außerhalb des Heimatkreises umziehen. Umgekehrt erfassen die Zuzüge aus Thüringen die Personen, die aus ihrem Heimatkreis in den entsprechenden Kreis zur Pflege umziehen.

Bewohner: Die nachfolgende Abb. 5-19 zeigt das Bild der „übernommenen Versorgungsfunktion“ (dem Zuzug von Pflegebedürftigen) und der „abgegebenen Versorgungsfunktion“ (dem Fortzug von Pflegebedürftigen). Von Bedeutung ist das Saldo: Die Differenz aus Zuzug minus Fortzug. Ein positives Saldo entspricht einer übernommenen Versorgungsfunktion von anderen Kreisen, ein negatives Saldo eine an andere Kreise abgegebene Versorgungsfunktion.

- Alle kreisfreien Städte übernehmen Versorgungsaufgaben in der Größenordnung von rd. 10 bis 30% ihrer vorhandenen Kapazität.
- Umgekehrt geben die meisten Landkreise Versorgungsfunktionen ab. Ausnahmen sind Eichsfeld und Sonneberg mit mehr übernommenen als abgegebenen Bewohnern (jedoch zum Teil auch aus anderen Bundesländern).

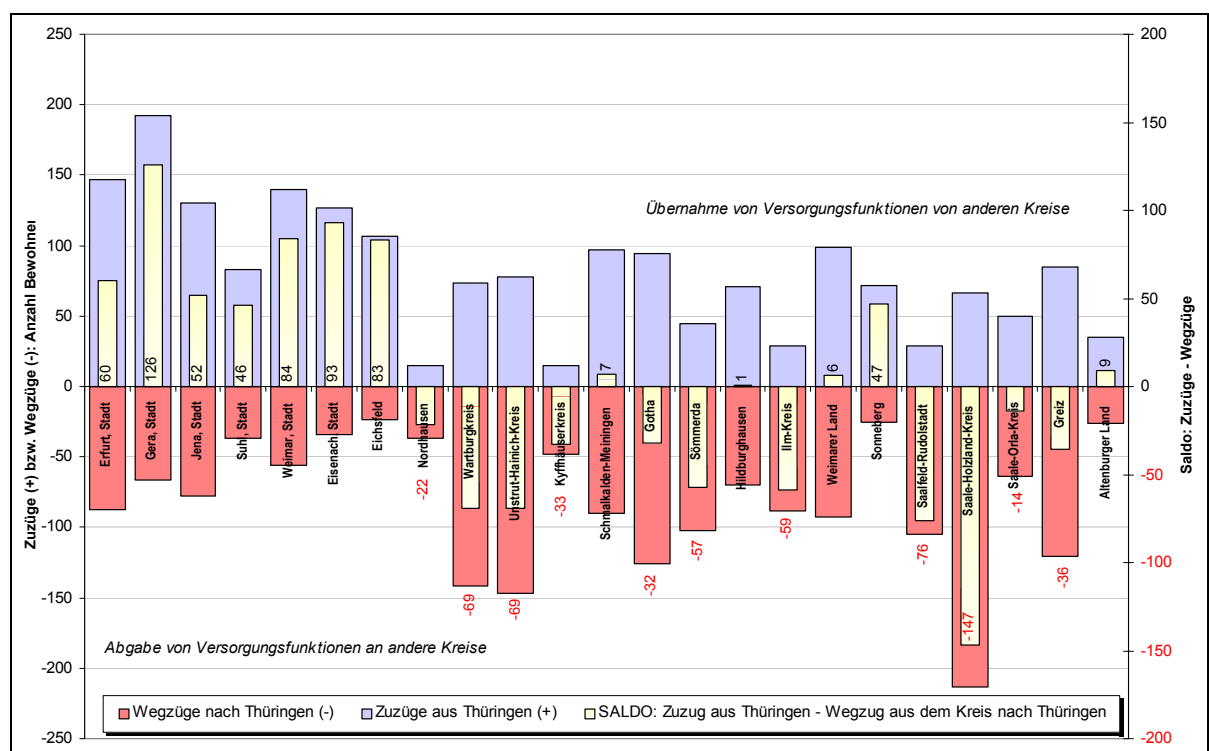


Abb. 5-19: Übernommene und abgegebene Versorgungsfunktionen der Landkreise und kreisfreien Städte in der vollstationären Dauerpflege am 30.06.1999

Die Datenlage ermöglicht keine Aussage über die Fortzüge Pflegebedürftiger aus Thüringen. Die Annahme, dass nur Pflegebedürftige nach Thüringen ziehen, ist sicherlich falsch. Diese empirische „Lücke“ ist aus Sicht des Autors nicht zu schließen. Sie würde einer deutschlandweiten Erfassung entsprechend der hier erarbeiteten Methodik bedürfen.

Während der langjährigen Diskussionen der Länder zur amtlichen Pflegestatistik hat der Autor versucht, den Beteiligten die Bedeutung des regionalen Aspektes zu verdeutlichen, jedoch leider

ohne Auswirkung auf die Pflegestatistik. Die 1999 erstmalig durchgeführte amtliche Erhebung enthält keine Angaben zur Herkunft. Die amtliche Pflegestatistik ermöglicht so auch keine Aussage zur tatsächlichen regionalen Versorgungssituation.²⁶²

Einzüge: Aus anderen Bundesländern sind im letzten Betrachtungszeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 insgesamt 369 Personen nach Thüringen zugezogen, 5% aller neu eingezogenen Bewohner.²⁶³ Absolut hat sich im Vergleich zum Betrachtungszeitraum 1997/98 kaum eine Veränderung ergeben. Damals wurden 373 Bewohner von außerhalb Thüringens aufgenommen. Diese 5% neuen Bewohner lassen sich bezüglich der Pflege folgendermaßen charakterisieren:

- Zuzüge aus anderen Bundesländern betragen an allen neuen Bewohnern (Einzügen) der vollstationären Dauerpflege 6,8% und der Kurzzeitpflege 3,2%.
- Sie sind zu 88% Selbstzahler und erhalten im Unterschied zu den neuen Bewohnern aus Thüringen in der Mehrzahl Leistungen der Pflegestufe 1.
- 62% der neuen Bewohner von außerhalb Thüringens kommen aus einem Privathaushalt.

Für die Einzüge aus Thüringen wird analog der regionalen Herkunft aller Bewohner für ein Zeitfenster von einem Jahr ein aktuelles Bild der Versorgungssituation Thüringens errechnet (Abb. 5-20). Hieraus ergeben sich Erkenntnisse zu den Tendenzen regionaler Versorgungsdisparitäten.

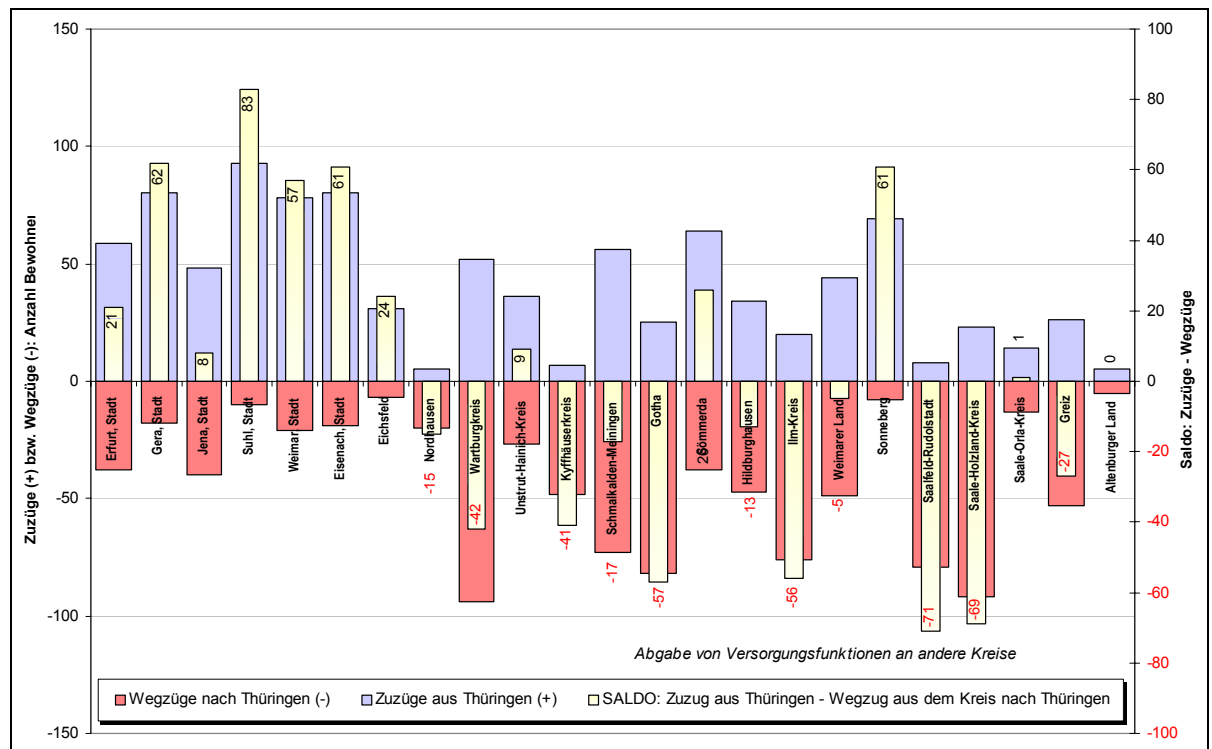


Abb. 5-20: Übernommene und abgegebene Versorgungsfunktionen der Landkreise und kreisfreien Städte bei den Einzügen in die vollstationäre Dauerpflege im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999

Zunächst vermittelt Abb. 5-20 ein ähnliches Bild der übernommenen Versorgungsfunktion kreisfreier Städte wie in Abb. 5-19 zur Bewohnerstruktur. Im Verhältnis zur Belegungskapazität haben aber die kreisfreien Städte Suhl und Weimar bei den Neuaufnahmen eine höhere Versorgungsaufgabe übernommen, als es die Bewohnerstruktur in Abb. 5-19 wiedergibt.

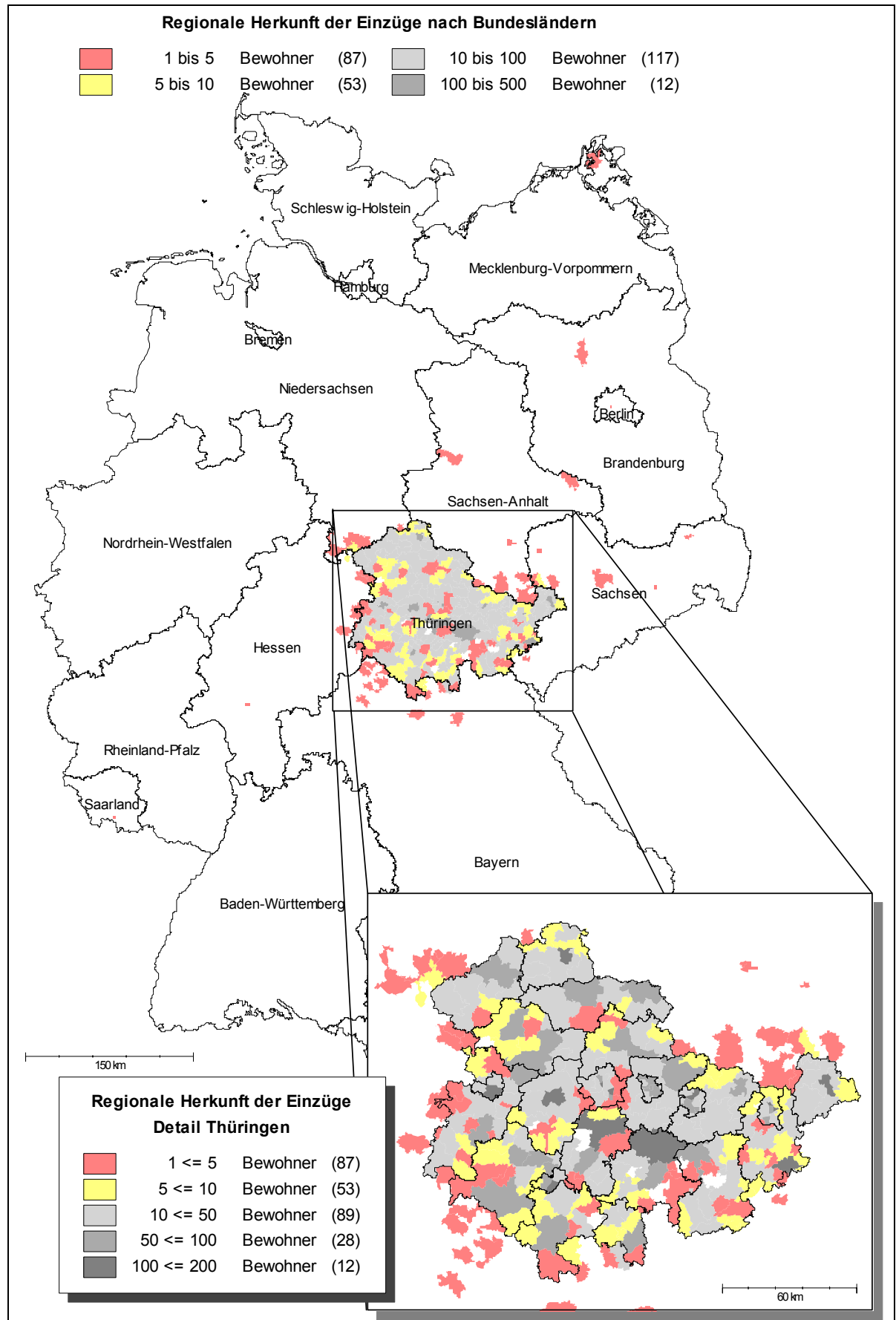
Eine beachtlich höhere Übernahme von Versorgungsaufgaben hat sich im Landkreis Sonneberg vollzogen. In den Landkreisen Unstrut-Hainich und Sömmerda hat sich hingegen die Situation von abgegebener zu übernommener Versorgungsaufgabe in diesem Sinne positiv umgekehrt. Sömmerda übernimmt nun eine Versorgungsfunktion von 20 Pflegebedürftigen für andere Kreise.

Umgekehrt geben andere Kreise mehr Versorgungsaufgaben ab. So kann der Landkreis Schmalcalden-Meiningen im Vergleich zur Bewohnerstruktur keine Versorgungsfunktionen mehr über-

²⁶² Vgl. TLS 2000B und STATISTISCHES BUNDESAMT 2001B und generelle Anmerkungen dieser Arbeit zur Pflegestatistik.

²⁶³ Hinzuzurechnen sind theoretisch auch Bewohner ohne Angabe zur regionalen Herkunft (insgesamt 85 Bewohner).

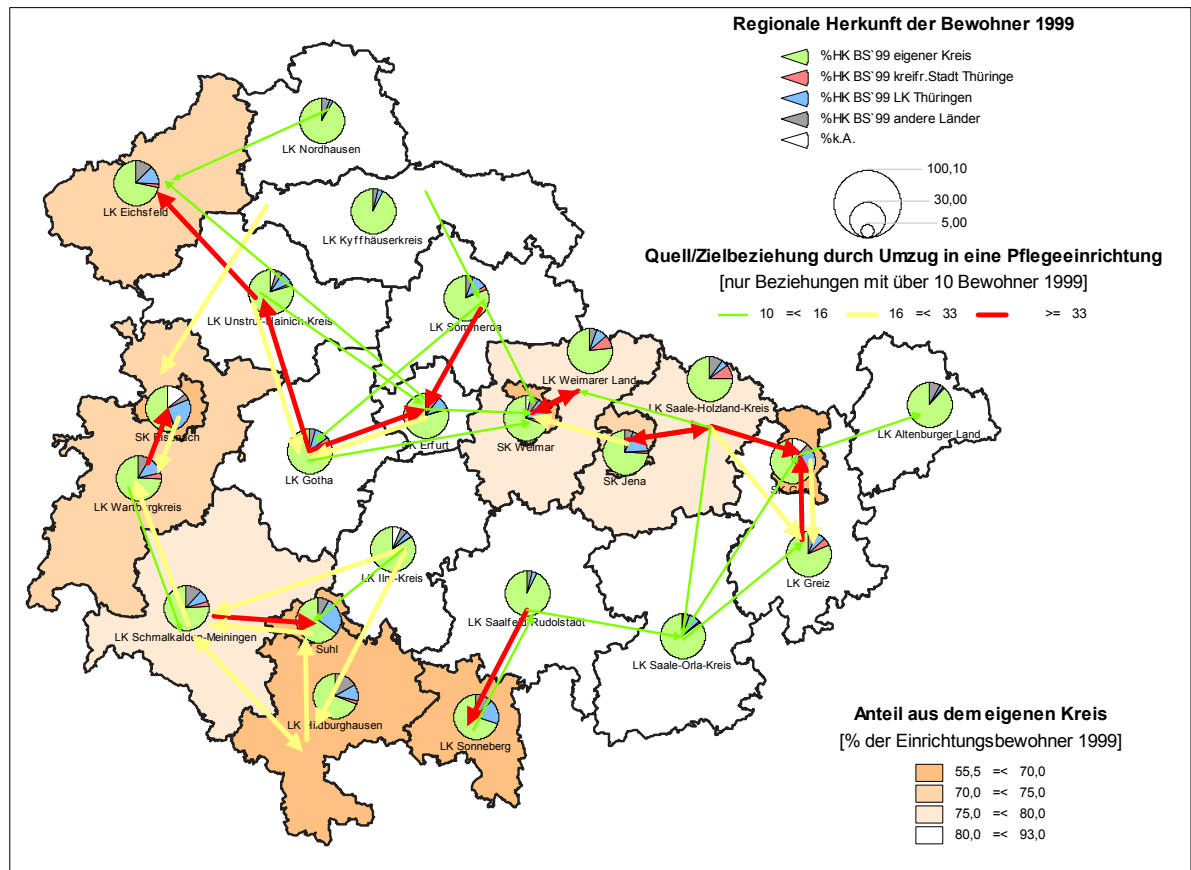
nehmen, sondern muss Versorgungsaufgaben abgeben (ähnlich aber weniger intensiv auch bei Hildburghausen und beim Weimarer Land).



Karte 5-8: Regionale Herkunft der Einzüge in die vollstationäre Dauerpflege im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 nach fünfstelligen Postleitzahlregionen

Wie schon mit der Bewohnerstruktur gezeigt, lassen sich auch alle Einzüge exakt nach fünfstelligen Postleitzahlen des letzten Wohnortes zuordnen. Aus Karte 5-8 wird ersichtlich, dass die breite räumliche Streuung der Bewohnerherkunft (Karte 5-6) bei den Einzügen kaum mehr auftritt.

Generalisiert erfasst Karte 5-9 die regionale Herkunft der Bewohner und die resultierenden regionalen Verflechtungsbeziehungen der Kreise. Die Quell-/Zielbeziehungen konzentrieren sich überwiegend entlang der Thüringer Städtereihe und im südwestlichen Thüringen. Der Anteil vollstationärer Bewohner aus dem Kreis an allen vollstationären Bewohnern des Kreises zeigt eine räumliche Konzentration entlang der Landesgrenze Thüringens zu den alten Bundesländern.



Karte 5-9: Regionale Herkunft der Bewohner 1999 und pflegedeterminierte Verflechtungsbeziehungen der Kreise Thüringens

Im Vergleich der Erhebungen ist eine verstärkte regionale Bedarfsorientierung der Einrichtungen zu registrieren. Mit Sicherheit haben die Diskussionen zu den Landespflegeplänen (insbesondere zu den hier dargestellten empirischen Ergebnissen der tatsächlichen Versorgungssituation) dazu beigetragen, dass die Kreise bemüht sind, verstärkt die eigene Bedarfssituation im Kreis zu befriedigen.

5.2.3.9 Art bzw. Grund des Auszuges

Unter dem Auszug aus einer stationären Pflegeeinrichtung ist überwiegend das Versterben des Bewohners zu verstehen. 59% der Bewohner in der vollstationären Pflege versterben in der Pflegeeinrichtung und 26% versterben im Krankenhaus (Abb. 5-21). Die übrigen 15% ziehen in eine barrierefreie Wohnung oder einen Privathaushalt um. Dieser unerwartet hohe Anteil ist überwiegend auf die Umwandlung von Pflegeplätzen in Wohnraum bei Sanierung/Modernisierung, z.B. im Zuge des Sonderinvestitionsprogramms, zurückzuführen. So entstanden in den letzten Jahren barrierefreie Wohnungen mit Anbindung an die Serviceleistungen der Pflegeeinrichtung (auch betreutes oder Servicewohnen genannt). Ein Teil der sogenannten Wohnfälle und Bewohner der Pflegestufe 0 der eigentlichen Pflegeeinrichtung wechselten in diese „neuen“ Wohnformen.

Bei den nicht vollstationären Pflegearten überwiegt die Rückkehr in den privaten Haushalt. Aus der Tagespflege gehen nach Vertragsende 37% in einen Privathaushalt zurück. Da die Pflegeleistung Tagespflege zeitlich unbegrenzt ist und so über Jahre in Anspruch genommen werden kann, zieht ein Großteil der Nutzer aus der Tagespflege in ein anderes Heim oder eine andere Pflegeeinrich-

tung um (36%). Aus der Kurzzeitpflege gehen nahezu alle Bewohner in den Privathaushalt zurück (89%). Das liegt insbesondere daran, dass Kurzzeitpflegeleistungen auf maximal vier Wochen pro Kalenderjahr befristet sind und so nicht dauerhaft zur Verfügung stehen.

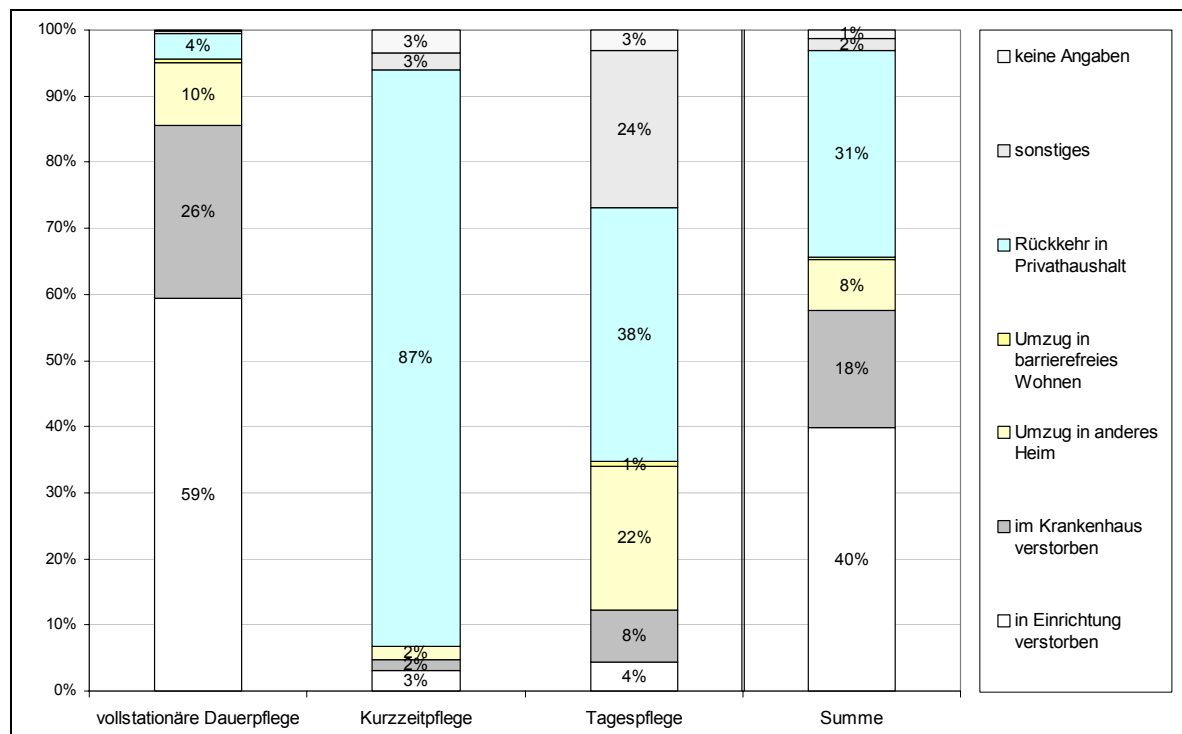


Abb. 5-21: Struktur der Auszüge im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 nach Grund des Auszuges

Im Verhältnis zu 1997 haben die Umzüge in alternative Wohnformen zeitweise deutlich zugenommen. 1997 lag der Anteil verstorbener Bewohner bei 90% und der 2. Landespflegeplan (ZOBEL 1998) stellte fest, dass angesichts eines noch beträchtlichen Anteils Bewohner der Pflegestufe 0 und Wohnfälle der geringe Anteil von Umzügen in barrierefreie Wohnformen oder Rückkehr in den Privathaushalt bedenklich sei. Für nur rd. 6% der vollstationären Bewohner war die Pflegeeinrichtung nicht die endgültige Lösung. Dieser Anteil konnte mit der Schaffung oben genannter alternativer Wohnformen bis 1999 deutlich gesteigert werden.

Die Rückkehrwahrscheinlichkeit in den Privathaushalt ist in der Pflegestufe 0 mit 49% unter allen Bewohnern/Nutzern am höchsten und in der Pflegestufe 3 mit 17% am niedrigsten. Entsprechend umgekehrt nimmt die Wahrscheinlichkeit, in der Einrichtung bzw. im Krankenhaus zu versterben mit steigender Pflegestufe zu. In der Pflegestufe 3 versterben 78% der Bewohner.

Aufgrund dieser Ergebnisse der erhobenen Daten ist der Autor der Ansicht, dass der große Anteil im Krankenhaus Verstorbener zu denken geben sollte. Sowohl die Sterbebegleitung durch vertraute Menschen (z.B. dem Pflegepersonal), als auch die vielleicht gewünschte Ruhe am Ende eines langen Lebens ist damit nicht gegeben. Es sollte genauer geprüft werden, inwieweit die Überführung in ein Krankenhaus medizinisch gerechtfertigt ist und ob dahinter nicht nur Überforderung der Pflegeeinrichtung und des Pflegepersonals steht. Die letzten Tage oder oft nur Stunden des Menschen sollten besser in der bekannten und vertrauten Umgebung stattfinden können.

5.2.3.10 Bisherige Aufenthaltsdauer der Bewohner zum Stichtag (vollstationäre Dauerpflege)

Die bisherige Aufenthaltsdauer (Wohndauer) der Bewohner untersucht analog der Verweildauer im Abschnitt 5.2.3.11 das Datum des Einzuges in die Einrichtung. Von Interesse ist dabei, wie sich die Wohn- bzw. Aufenthaltsdauer auf die Pflegestufen verteilt und im Laufe der Jahre entwickelt hat.

Die bisherige Aufenthaltsdauer der Bewohner zeigt, dass 1999 rund 50% der Bewohner der Pflegestufe 2 seit weniger als zwei Jahren in Pflegeeinrichtungen lebten. Demgegenüber lebten etwa 80% der Wohnfälle bereits vier und mehr Jahre (58% mehr als acht Jahre) in den Pflegeeinrichtungen (s. Anlage Abb. III-19). Je niedriger die Pflegestufe, desto höher liegt die bisherige Aufenthaltsdauer.

Dies bedeutet weit mehr, als den „Lebensabend“ in einer Pflegeeinrichtung zu beenden. Das Pflegeheim wird – abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit – für die Betroffenen zum „zu Hause“.

Der am längsten in einer Pflegeeinrichtung lebende Bewohner ist 1907 geboren und zog mit seinem 31. Geburtstag in eine Pflegeeinrichtung ein. Er lebte somit 1999 bereits 61 Jahre im Heim (Pflegestufe 2 mit anderen Sozialleistungen). Unter den Auszügen findet sich auch ein, Ende 1998 in der Einrichtung verstorbener Bewohner, der seit seiner Geburt 84 Jahre in einem Heim lebte.

Diese extrem lange Verweildauer in Heimen verdeutlicht das oft vernachlässigte aber an Aktualität gewinnende Problem behinderter alter Menschen. Behinderte Menschen können genauso wie die Gesamtbevölkerung mit zunehmendem Alter pflegebedürftig werden. Die Eingliederungshilfe der Behindertenhilfe stößt dabei in den Behinderteneinrichtungen aber auf Grenzen. Für Menschen, die teilweise ihr ganzes Leben in einem Behindertenheim verbracht haben, ist ein Umzug in eine „andere“ Pflegeeinrichtung jedoch sehr schwierig. Die erste Umfrage des Autors aus dem Jahr 1994 dokumentierte mit der Auswertung aller Thüringer Behindertenheime diese Überschneidung von Pflege und Behindertenhilfe. Mit der Pflegeversicherung erfolgte jedoch eine strikte Trennung, die bisher keinen Lösungsweg für alternde Behinderte aufzeigt.

Die bisherige Aufenthaltsdauer ist in den Landkreisen insgesamt länger als in den kreisfreien Städten (Gruppe AHD „bis 1 Jahr“ 24% in den Landkreisen im Vergleich zu 27% in den kreisfreien Städten: s. Abb. 5-22). Knapp 40% der Bewohner in den kreisfreien Städten leben erst weniger als 3 Jahre in den Einrichtungen. Bei den Landkreisen sind es 47%. Topologische Schwerpunkte in der bisherigen Aufenthaltsdauer nach Heimatregionen der Bewohner zeigt Karte 5-10 (vgl. auch Anlage Karte III-11 zur „bisherigen Pflegedauer“).

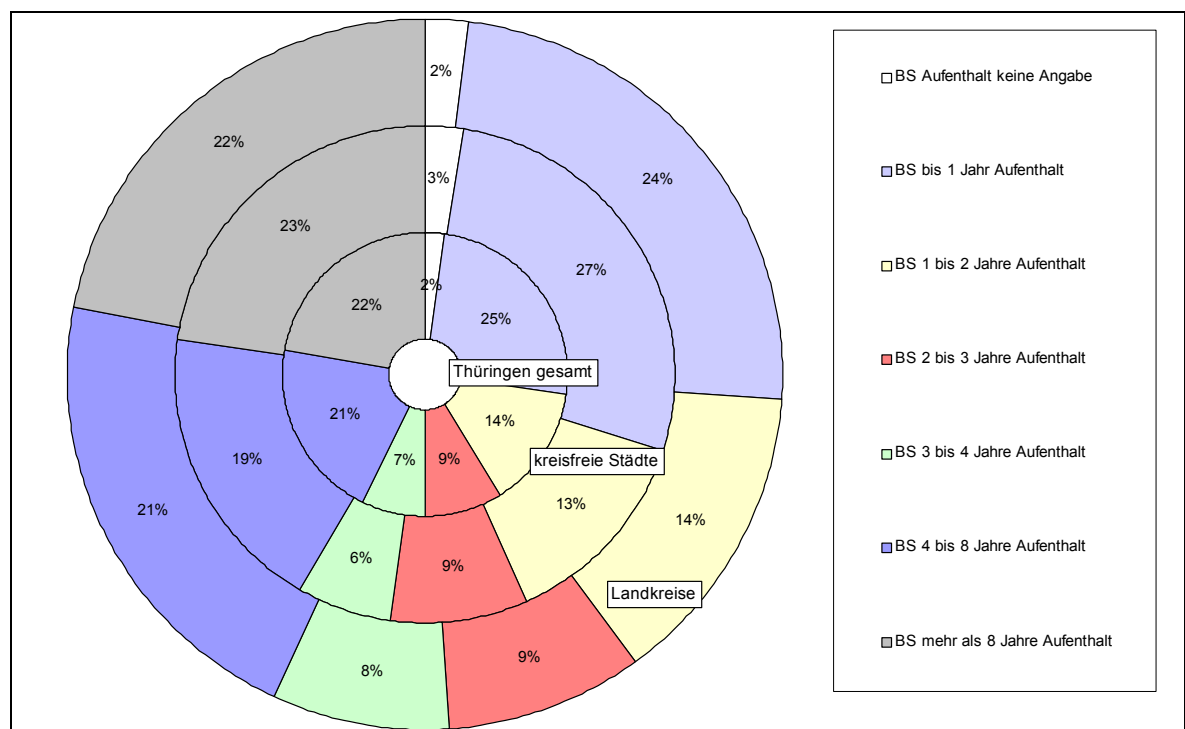
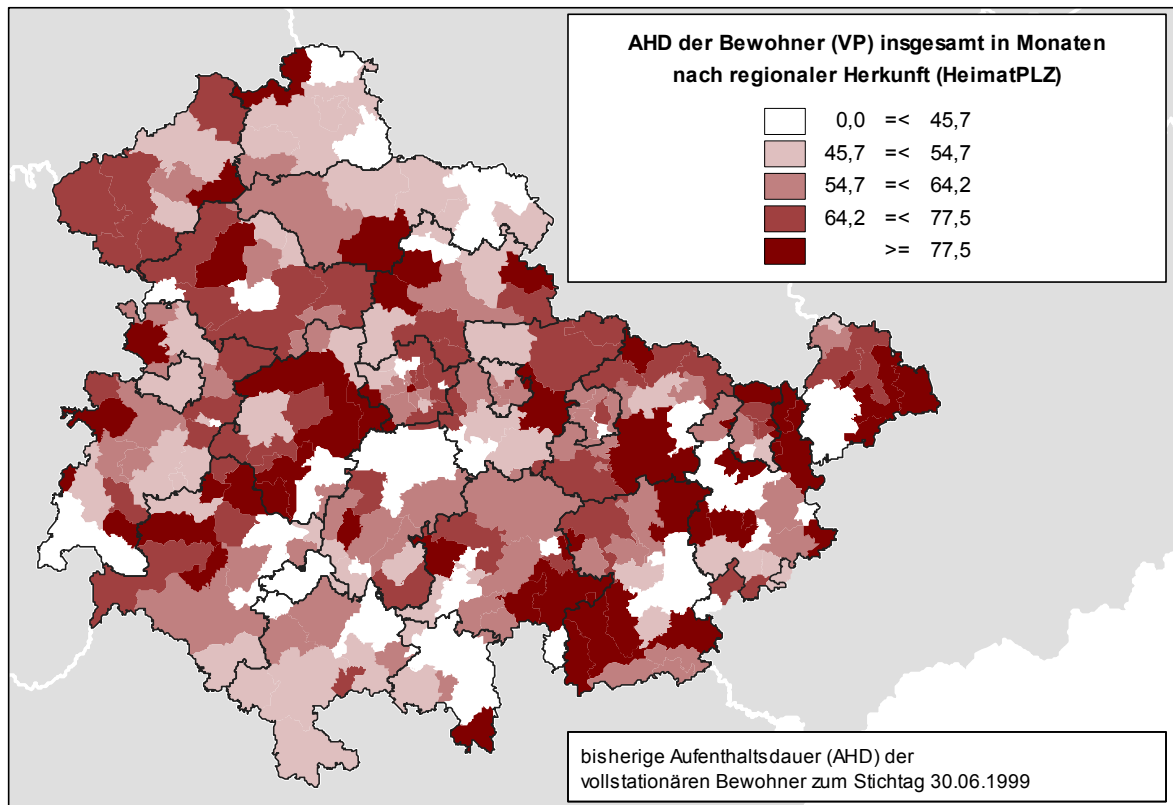


Abb. 5-22: Bisherige Aufenthalts- bzw. Wohndauer der Bewohner 1998

Es ist festzuhalten, dass Pflegeheime zwei unterschiedlichen Ansprüchen genügen müssen. Die eine Gruppe der Bewohner wird für eine kurze absehbare Zeit bestmöglichst gepflegt und verstirbt. Ihr gegenüber stehen (noch) Bewohner, die – aus welchen individuellen Gründen auch immer – in die Pflegeeinrichtung einziehen und auf Dauer in ihr leben. Beide Gruppen prägen in ihrer Summe die Pflegeeinrichtungen. Gegenwärtig ist eine Pflegeheimsituation ohne die Gruppe der „Dauerbewohner“ schwer vorstellbar. Die Folge wären bereits erwähnte Siechenheime bzw. Sterbehospize. Gerade die Vielfalt und Mischung prägen gegenwärtig noch die Pflegeeinrichtungen.

Die Konsequenzen aus immer schwereren Pflegefällen bei zunehmend älteren Menschen sind stark rückläufige Verweildauern der Bewohner in den Pflegeeinrichtungen (siehe auch nachfolgenden Abschnitt). Einige Bemühungen und Forderungen der Pflegeeinrichtungen werden so in Frage gestellt.

So ist z.B. der Nutzen von Gemeinschaftsräumen, Wohngruppen mit Küchenzeile oder liebevollen Pflegezimmern mit Wohnungscharakter für nur noch bettlägerige und nur kurz in der Einrichtung lebende Menschen problematisch. Alle Konzepte, die Aktivität und Teilnahme am gemeinsamen Leben fördern, bedürfen eines Mindestmaßes an Bewohnerkontinuität und -aktivität.



Karte 5-10: Bisherige Aufenthaltsdauer am 30.06.1999 der vollstationären Bewohner in Monaten nach regionaler Herkunft (PLZ5 Heimatregion der Bewohner)

5.2.3.11 Aufenthalts- bzw. Wohndauer der Auszugsstruktur (vollstationäre Dauerpflege)

Von allen Bewohnern, die im Zeitraum 1997/1998 ausgezogen bzw. verstorben sind, waren 38% der Bewohner bereits nach spätestens 6 Monaten ausgezogen. Knapp 50% der Bewohner lebten nicht länger als 12 Monate und 20% der Bewohner deutlich länger als 5 Jahre in einer Pflegeeinrichtung. Wie Abb. 5-23 zeigt, hat sich die Tendenz der Umfrage 1998 im Folgejahr 1999 nicht in dieser negativen Ausprägung bestätigt. Nach einem halben Jahr hatten erst rd. ein Drittel der Bewohner die Pflegeeinrichtung wieder verlassen, 44% nach spätestens einem Jahr. Anzunehmen ist, dass diese Abschwächung möglicherweise nur aus der insgesamt höheren Anzahl an Auszügen und der insgesamt im Vergleich höheren Platzkapazität in Thüringen resultiert.

Die Aufenthaltsdauer der Bewohner der vollstationären Dauerpflege unterscheidet sich dabei stark vom betrachteten Zeitraum ihrer Heimaufnahme (ihres Einzugs in das Pflegeheim). Die bisherige Betrachtungsweise stellt die gesamte Auszugsstruktur der Pflegeeinrichtungen dar. Sie vernachlässigt dadurch die neuen Bedingungen und Kriterien, die mit Einführung des PflegeVG für die Bewohner bzw. bei der Neuaufnahme von Bewohnern gelten. Aus diesem Grund wird speziell die Gruppe der Bewohner untersucht, die erst mit Inkrafttreten des PflegeVG in eine Pflegeeinrichtung ein- bzw. dann wieder ausgezogen sind (alle Auszüge, die erst seit dem 1.7.1996 eingezogen sind). Entsprechend des Untersuchungszeitraums konnten diese bei Auszug maximal 2 bzw. 3 Jahre in der Pflegeeinrichtung leben.

Die daraus gewonnenen Erkenntnisse (Abb. 5-24) unterscheiden sich grundlegend von der Betrachtung der gesamten Verweildauer aller Bewohner (vgl. Abb. 5-23). Von den Bewohnern, die erst mit Inkrafttreten der 2. Stufe der Pflegeversicherung in eine Pflegeeinrichtung eingezogen waren, verließen über die Hälfte die Einrichtung bzw. verstarben bereits nach spätestens 3 Monaten, nach einem Jahr waren es schon 87% der „neuen“ Bewohner.

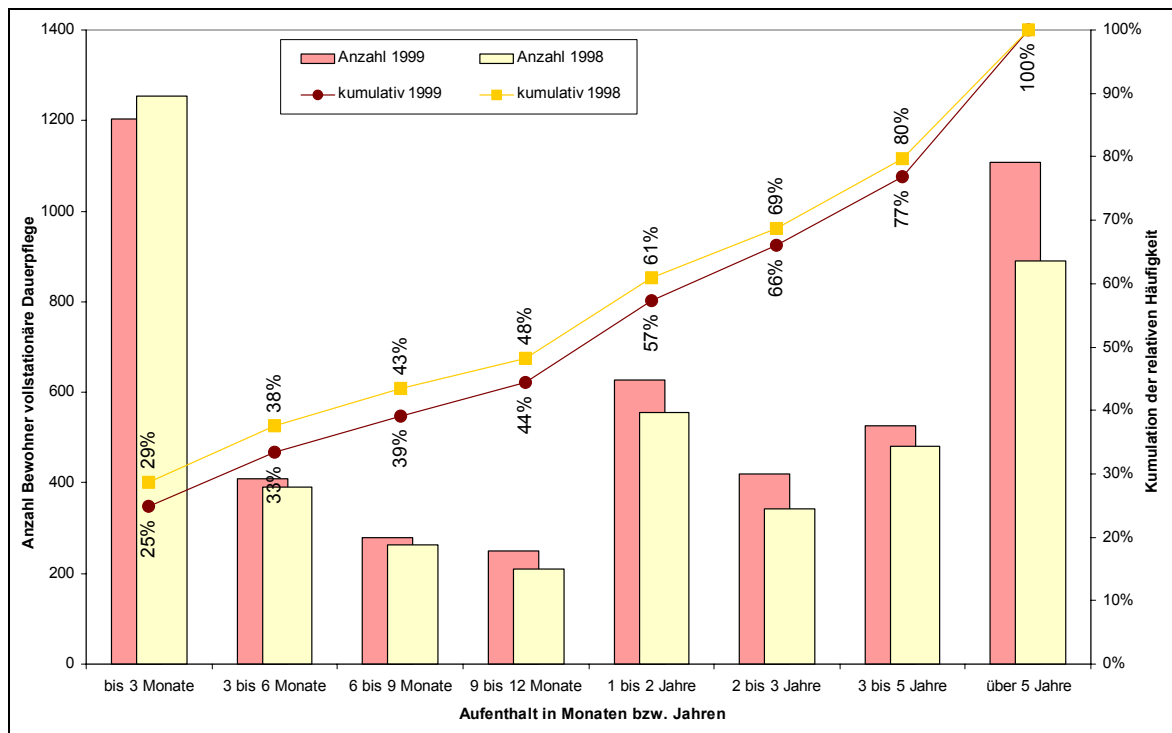


Abb. 5-23: Häufigkeitsverteilung der Aufenthaltsdauer vollstationärer Bewohner in Monaten/Jahren

Zum Teil versterben die Menschen bereits am Tag des Einzuges. Das ist keinesfalls nur ein Indiz für die weit hinausgeschobene Heimpflege. Der Umzug kann auch den Lebenswillen der Betroffenen brechen oder das Gefühl vermitteln, endgültig in die „Sackgasse Pflegeheim“ abgeschoben und aufgegeben worden zu sein. Für die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten und Lebensbedingungen der Betroffenen in den Pflegeeinrichtungen hat diese Situation weitreichende Konsequenzen. Zu nennen sind u.a. die Sterbegleitung für nahezu unbekannte Menschen und die hohe Fluktuation und Unruhe in den Einrichtungen (vgl. hierzu Abschnitt 5.2.3.10).

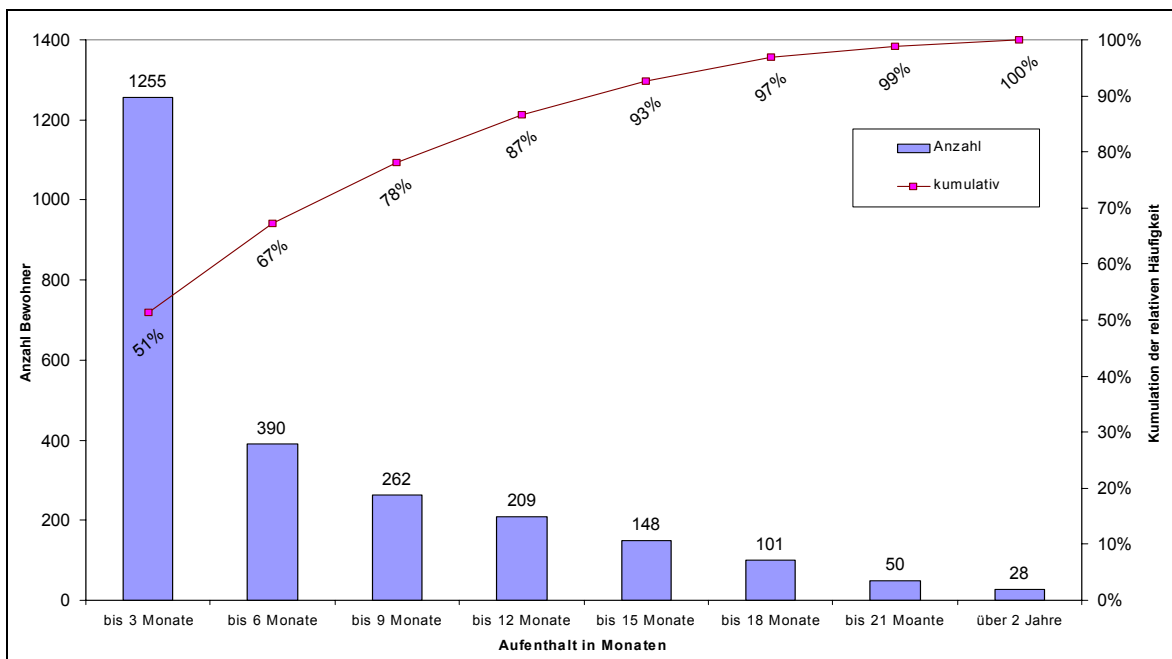


Abb. 5-24: Häufigkeitsverteilung der Anzahl „ausgezogener Bewohner“ nach Aufenthaltsdauer in Monaten 1999 (Bewohner, die seit Inkrafttreten der 2. Stufe PflegeVG am 1.7.1996 eingezogen sind)

So sehr sich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der gesamten vollstationären Dauerpflege in den Landkreisen und kreisfreien Städten unterscheidet, so nah liegt sie bei der Fokussierung auf Bewohner, die erst seit Inkrafttreten des PflegeVG eingezogen sind. Mit wenigen Ausnahmen liegt

die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in allen Kreisen bei 5 bis 6 Monaten. Lediglich Weimar hatte mit 7 Monaten die längste durchschnittliche Aufenthaltsdauer (s. Anlage Abb. III-18).

Die beträchtlichen regionalen Unterschiede bei der gesamten Bewohnerschaft sind überwiegend auf die nur langsam „herauswachsenden“ Strukturen aus der Zeit vor der Pflegeversicherung zurückzuführen. Die regionale Ähnlichkeit der sehr kurzen Verweildauer seit Beginn PflegeVG zeigt jedoch, dass in Zukunft eine neue und völlig andere Bewohnerstruktur in den Pflegeeinrichtungen leben wird. Schwerstpflegebedürftige und hochbetagte Menschen, die nur wenige Monate in den Einrichtungen leben, werden die Regel sein.

5.2.4 Versorgungsgrade und Inanspruchnahme der teil-/stationären Pflege

Der Versorgungsgrad ist einer der wichtigsten Planungsindikatoren. Er misst den tatsächlichen Angebotsumfang bezogen auf eine relevante Zielgruppe. Neben dieser rechnerisch einfachen und politisch leicht nachvollziehbaren Ermittlung der Versorgungs- bzw. Angebotssituation ist die tatsächliche Inanspruchnahme von Pflegeleistungen oder Pflegeplätzen zu unterscheiden:

- Versorgungsgrad (VG): Anzahl Pflegeplätze einer Pflegeart oder Summe aller Pflegeplätze zum Stichtag bezogen auf 100 Personen einer Zielgruppe (Indikator [VG]).
- Inanspruchnahme (IA): Anzahl Bewohner bzw. Nutzer, die zum Stichtag bzw. im Betrachtungszeitraum einen Pflegeplatz in Anspruch genommen haben, bezogen auf 100 Personen einer Zielgruppe (Indikator [BIA] für Bewohner und Indikator [EIA] für Einzüge im Zeitraum).

Der Versorgungsgrad gibt demnach den tatsächlichen Angebotsumfang bezogen auf eine relevante Zielgruppe an.²⁶⁴ Demgegenüber reflektiert die Inanspruchnahme die Nutzung dieses Angebotsumfangs durch Personen bezogen auf eine relevante Zielgruppe (z.B. Quote der Inanspruchnahme von Pflegeplätzen). Folgende Zielgruppen bilden die Grundlage bei der Ermittlung des Versorgungsgrades und der Inanspruchnahme:

- Senioren (Einwohner „65 Jahre und älter“): Diese stellen mit 87% den größten Nutzeranteil unter den Bewohnern in den Pflegeeinrichtungen.
- Vier Altersgruppen („unter 65 Jahre“, „65 bis unter 75 Jahre“, „75 bis unter 85 Jahre“ und „85 Jahre und älter“). Entsprechend der Bewohnerstruktur werden die in vollstationären Pflegeeinrichtungen lebenden Personen einer Altersgruppe in ein Verhältnis zu jeweils 100 Einwohnern der entsprechenden Altersgruppe gesetzt. Mit dieser altersgruppenspezifischen Differenzierung wird es möglich, die Situation mit dem demographischen Faktor zu qualifizieren.

Der klassische Versorgungsgrad gemessen an Plätzen genehmigt laut HeimG je 100 Senioren liegt in Thüringen relativ konstant bei 3,9 (s. Anlage Tab. III-1). Der Versorgungsgrad schließt Plätze der vollstationären Pflege und Kurzzeitpflege ein, da Kriterien und Anforderungen an diese Pflegeplätze ähnlich sind und von der Heimaufsicht subsummiert als Plätze lt. HeimG geprüft werden.

5.2.4.1 Inanspruchnahme auf der Basis der Bewohner [BIA] und Einzüge [EIA]²⁶⁵

Wird von der tatsächlichen Belegung (alle Bewohner) ausgegangen, lag die Inanspruchnahme in Thüringen 1999 insgesamt bei 3,8 Bewohnern je 100 Senioren. Die Landkreise hatten mit rd. 3,4 Bewohnern eine deutlich niedrigere Inanspruchnahme als die kreisfreien Städte (rd. 5,3 Plätze).

Diese Werte repräsentieren nicht zufriedenstellend die Pflegelandschaft, da nicht nach pflegebedürftig und nichtpflegebedürftig unterschieden wird. Bei der Betrachtung der pflegedeterminierten Bewohnerinanspruchnahme [BIA_(SGBXI)] werden nur die Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI berücksichtigt. Die pflegedeterminierte Inanspruchnahme lag 1999 in Thüringen insgesamt bei rd. 3,4 (Bewohner nach SGB XI je 100 Senioren), in den Landkreisen bei rd. 2,9 und in den kreisfreien Städten bei rd. 4,5. Diese pflegedeterminierte Bewohnerinanspruchnahme hat seit 1997 deutlich zugenommen. Das ist sowohl auf eine bessere Auslastung der vollstationären Pflegeplätze mit Bewohnern im Sinne SGB XI als auch auf neue Platzkapazitäten aus der Fertigstellung von Pflegeeinrichtungen des Sonderinvestitionsprogramms nach Artikel 52 PflegeVG zurückzuführen.

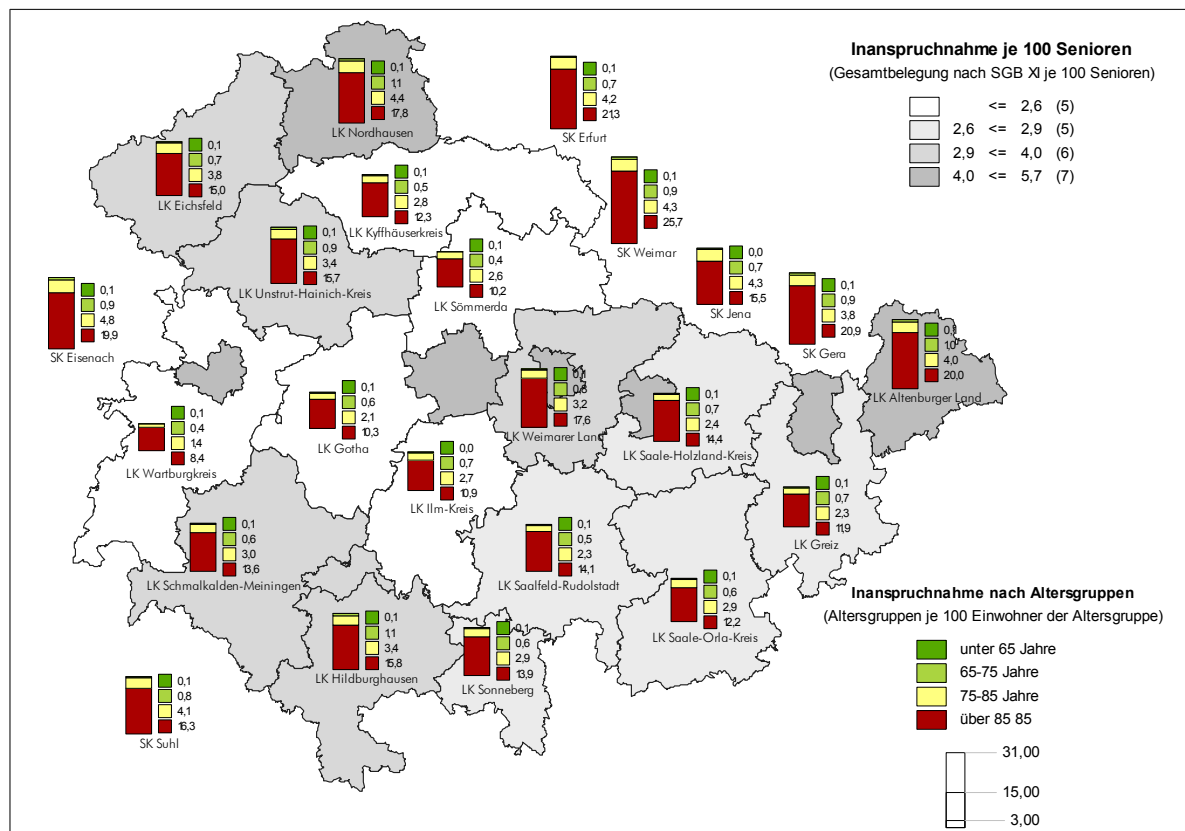
²⁶⁴ Auch mit Vorhaltung bezeichnet, im Sinne von: „für die Bevölkerung vorgehaltener Plätze“.

²⁶⁵ In der Arbeit mit Bewohnerinanspruchnahme [BIA] bzw. Einzugsinanspruchnahme [EIA] bezeichnet.

Nach der altersgruppendifferenzierten Inanspruchnahme im Sinne SGB XI lebten in Thüringen 1999 in vollstationären Pflegeeinrichtungen je 100 Einwohner der entsprechenden Altersgruppe:

- 14,83 Pflegebedürftige AG „85 Jahre und älter“ (1997: 12,75)
- 3,01 Pflegebedürftige AG „75 bis 85 Jahre“ (1997: 3,02)
- 0,68 Pflegebedürftige AG „65 bis 75 Jahre“ (1997: 0,65)
- 0,08 Pflegebedürftige AG „unter 65 Jahre“ (1997: 0,07)

Die Inanspruchnahme der Altersgruppe „85 Jahre und älter“ hat von 1997 bis 1999 um rd. 16% zugenommen. Die altersgruppenspezifische Inanspruchnahme aller Bewohner ist entsprechend höher, aber aus den oben genannten Gründen für die Pflegelandschaft nur sekundär. Hier hat die Inanspruchnahme der Altersgruppe „85 Jahre und älter“ seit 1997 um rd. 28% zugenommen. Nachfolgende Karte 5-11 visualisiert die Inanspruchnahme [BIA_(SGB XI)] insgesamt und altersspezifiziert.



Karte 5-11: Regionaler Versorgungsgrad und Inanspruchnahme 1999

Die analoge Darstellung der Inanspruchnahme von Kurzzeit- und Tagespflegeleistungen zu einem Stichtag ist nur eingeschränkt aussagekräftig. Zieht man entsprechend der vollstationären Dauerpflege die Belegung (die Bewohner bzw. Nutzer der Kurzzeitpflege und Tagespflege) am Stichtag 30.06.1999 zur Berechnung heran, so sind in Thüringen:

- 0,44 Bewohner und damit genutzte Plätze in der Kurzzeitpflege je 1.000 Senioren (bzw. 0,044 je 100 Senioren für den direkten Vergleich) vorhanden.²⁶⁶
- 0,92 Nutzer und damit genutzte Plätze in der Tagespflege je 1.000 Senioren (bzw. 0,092 je 100 Senioren für den direkten Vergleich) vorhanden.²⁶⁷

Das zeigt, dass Stichtagsangaben zur Kurzzeit- und Tagespflege die Versorgungssituation nur unzureichend wiedergeben können (Unterschiede in Nutzungsdauer und -art zur stationären Pflege).

²⁶⁶ In den Landkreisen 0,41 und in den kreisfreien Städten 0,58 Bewohner je 1.000 Senioren. Werden nicht die Bewohner, sondern die tatsächlich vorgehaltenen Plätze zur Bestimmung herangezogen, dann ergeben sich 0,37 Kurzzeitpflegeplätze je 1.000 Senioren.

²⁶⁷ In den Landkreisen 0,88 und in den kreisfreien Städten knapp 1 Nutzer je 1.000 Senioren. Bezogen auf die tatsächlich vorgehaltenen Plätze 1,24 Tagespflegeplätze je 1.000 Senioren.

Die bereits erwähnten Mängel bei der Betrachtung von Stichtagsangaben für die Kurzzeit- und Tagespflege werden mit der Betrachtung der Einzüge eines Zeitraums ausgeglichen.²⁶⁸ Der Versorgungsgrad für die drei Pflegearten auf der Basis der Einzüge im Betrachtungszeitraum (z.B. 01.07.1998 bis 30.06.1999) zeigt die zunehmende Bedeutung der Kurzzeit- und Tagespflegeinfrastruktur.²⁶⁹ So sind innerhalb eines Jahres rd. 6,8 Kurzzeitpflegeplätze und rd. 1 Tagespflegeplatz je 1.000 Senioren in Anspruch genommen worden (s. Anlage Tab. III-1). Der Vergleich mit den rd. 12,5 in Anspruch genommenen vollstationären Plätzen verdeutlicht aber auch die noch geringe Bedeutung der Kurzzeit- und Tagespflege. Diese sind in Thüringen erst im Aufbau und steuern zur gesamten Versorgungssituation nur einen kleinen Beitrag bei. Der Vorteil des Indikators Einzugsinanspruchnahme [EIA] wird in den Kreisen besonders deutlich, die ein vielfältigeres Pflegeangebot offerieren, also nicht nur vollstationäre Pflege vorhalten. Die Inanspruchnahme der Kurzzeit- und Tagespflege ist im Verlauf eines Jahres höher und erlangt damit rein quantitativ ein eigenes Gewicht gegenüber der stationären Versorgung.

5.2.4.2 Inanspruchnahme unter Berücksichtigung der regionalen Herkunft

Die bisher dargestellte und allgemein übliche Quantifizierung der Versorgungssituation vernachlässigt die regionalen Versorgungsverflechtungen aus Abschnitt 5.2.3.8 „Pflegebedingtes Wanderungsgeschehen und Versorgungsverflechtung“. Eine reale Quote der Inanspruchnahme bzw. ein tatsächlicher Pflegeplatzbedarf ergibt sich erst aus der Berücksichtigung sowohl des sogenannten externen Anteils (Bewohner, die ihren letzten Wohnort außerhalb Thüringens hatten) als auch des pflegebedingten Wanderungsgeschehens. Die Größenordnung der regionalen Pflegeverflechtung ist beachtlich. In einigen der 11 Kreise, die Versorgungsaufgaben abgeben, entspricht die Größenordnung in der Summe etwa einer durchschnittlichen Pflegeeinrichtung (vgl. Abb. 5-19).

Der übliche Versorgungsgrad (Kapazität), die Inanspruchnahme (tatsächliche Nutzung) und die reale Inanspruchnahme (tatsächliche Nutzung von Bewohnern einer Region) sind in Abb. 5-25 gegenübergestellt. Aus der Differenz wird die tatsächliche Über- bzw. Unterversorgung eines Kreises ersichtlich. Im 1. Landespflegeplan ergab nur die Berücksichtigung des „externen Anteils“ eine Reduzierung der Inanspruchnahme in Thüringen um 0,2 Prozentpunkte auf 2,7 pflegebedürftige Bewohner je 100 Senioren. Dieser Unterschied machte im Jahr 1999 aufgrund der exakteren Datengabe sogar 0,4 Prozentpunkte aus (Versorgungsgrad 3,8 zur realen Inanspruchnahme 3,4).

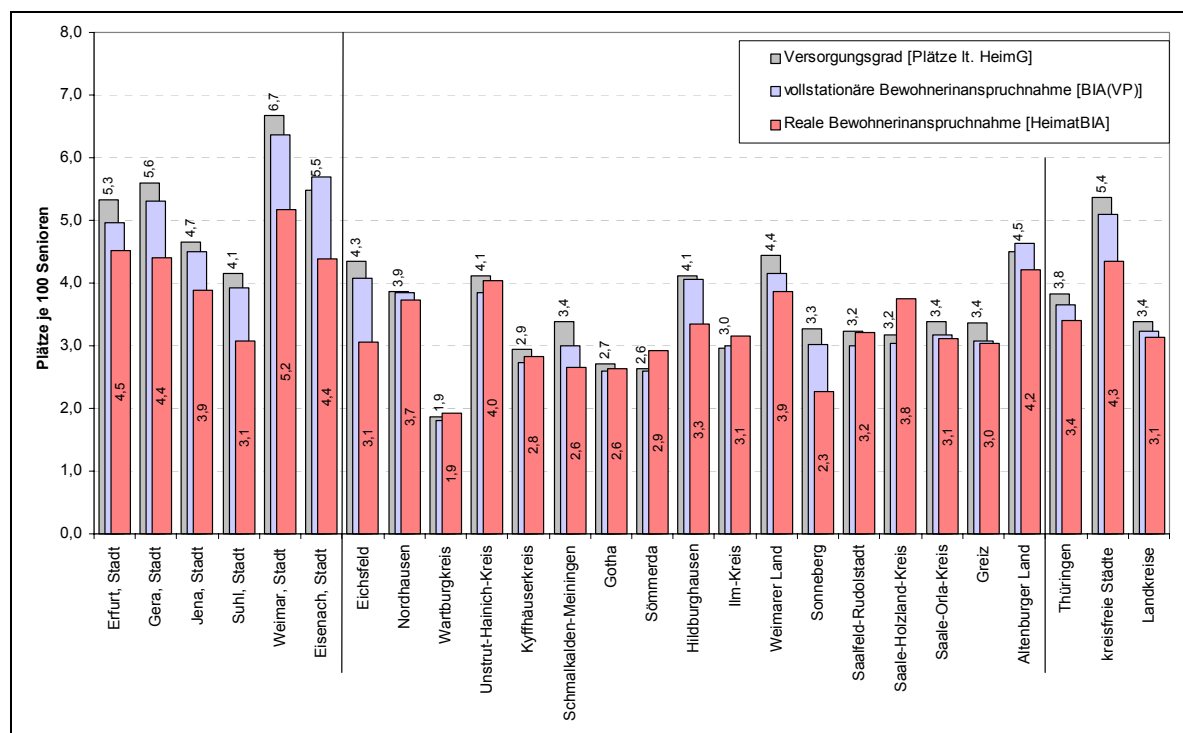


Abb. 5-25: Versorgungsgrad, Inanspruchnahme und tatsächliche Inanspruchnahme in Thüringen 1999

²⁶⁸ Mit dem 3. Landespflegeplan wurde erstmalig eine solche Aussage zur Versorgungssituation der Kurzzeit- und Tagespflege für ganz Thüringen dargestellt und fortgeschrieben (s. Anlage Tab. III-1).

²⁶⁹ Um unnötige Nachkommastellen zu vermeiden, wurde auf je 1.000 Senioren Bezug genommen.

Die Größenordnung der Versorgungsverflechtungen ist ebenfalls am Anteil des Wanderungssaldos (Zuzüge minus Fortzüge) an der Gesamtbelegung bzw. an den Gesamteinzügen zu messen. Danach übernimmt die Stadt Suhl Versorgungsfunktionen in der Höhe von rd. 31% des gesamten Einzugsvolumens der Pflegeeinrichtungen Suhls von 1998-99 (der zur Verfügung stehenden Kapazität). Indessen gibt der Saale-Holzland-Kreis in der Höhe von 44% des eigenen Einzugsvolumens Versorgungsfunktionen ab (Abb. 5-26).

Die Tatsache der Versorgungsverflechtungen kann raumordnerisch durch die generellen Versorgungsfunktionen von höherwertigeren zentralen Orten für ein Umland (hier überwiegend die kreisfreien Städte) begründet werden. Dennoch bleiben die negativen Auswirkungen auf die wohnortnahe Angebotssicherung bestehen. Die übliche Quantifizierung der Inanspruchnahme zur Ableitung aktueller und zukünftiger Bedarfslagen nur über den Infrastrukturstandort verfestigt die Disparitäten und führt automatisch zu rechnerisch höheren Bedarfslagen in verdichteten Gebieten.

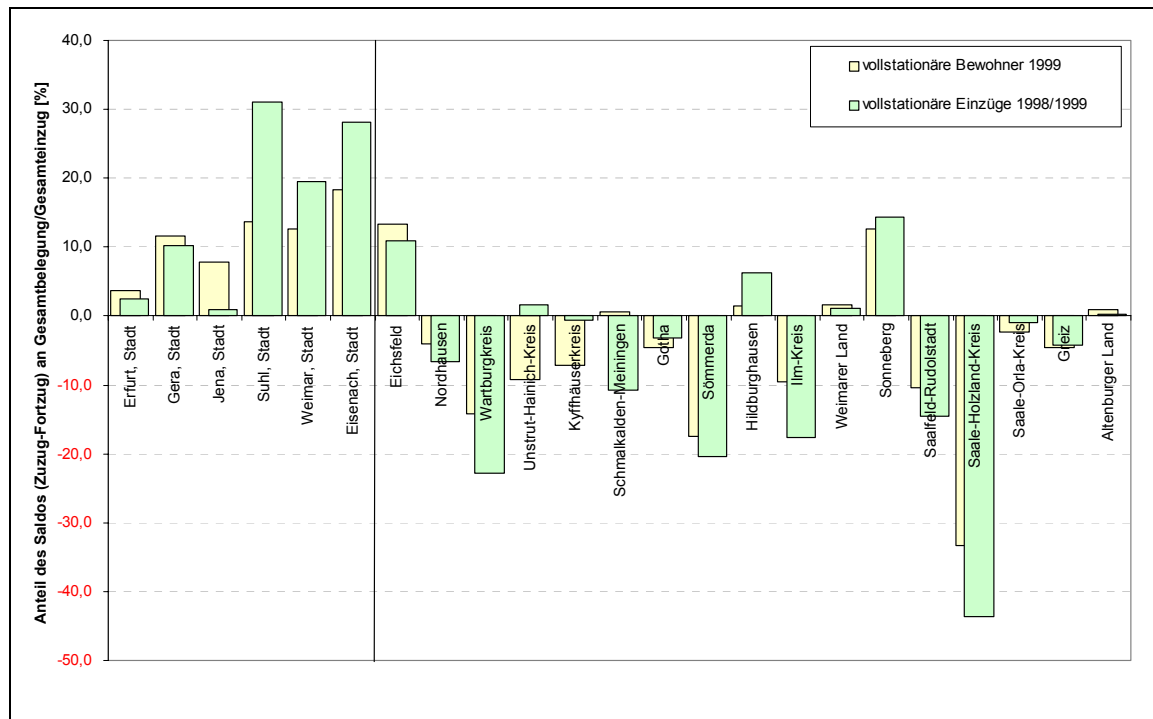


Abb. 5-26: Anteil Wanderungssaldos an der Gesamtbelegung 1999 bzw. an den Gesamteinzügen 1998/99

5.2.4.3 Auswirkungen des Sonderinvestitionsprogramms des Bundes nach Artikel 52 PflegeVG

Die Auswirkungen des Sonderinvestitionsprogramms nach Artikel 52 PflegeVG auf den Versorgungsgrad sind nicht exakt zu beziffern. Ziel des Sonderinvestitionsprogramms ist die Sanierung und Modernisierung der Pflegeinfrastruktur, nicht die Schaffung neuer Kapazitäten (Bestandsorientierung). Daher sind im Sonderinvestitionsprogramm Thüringen, von wenigen Ausnahmen abgesehen, auch keine kompletten Neubauten von Pflegeeinrichtungen eingeordnet. Wenn ein Neubau notwendig ist, dann wird dieser als ein Ersatzneubau für die alte Einrichtung geplant. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass Schließungen oder geplante Kapazitätsreduzierungen im Zuge der Neubau- oder Modernisierungsvorhaben nicht immer durchzusetzen waren. Ein zukünftiger Versorgungsgrad als Konsequenz des Sonderinvestitionsprogramms ist daher nicht zu berechnen, da geförderte Plätze nicht zwangsläufig „alte“ Plätze ersetzen. Das Sonderinvestitionsprogramm bewirkt jedoch eine bedeutende und nachhaltige Qualitätssteigerung der Pflegeinfrastruktur und Pflegeplätze in Thüringen (s. Abschnitt 5.2.1.4.3). Allerdings sind die rd. 700 Pflegeplätze außerhalb der Landespflegeplanung zu berücksichtigen. Mit diesen erhöht sich der Versorgungsgrad in Thüringen auf 4,1 (in den kreisfreien Städten auf 5,6 und in den Landkreisen auf 3,6).

5.3 Ambulante und häusliche Pflege

Ambulante Pflegeleistungen sind in professionelle Leistungen durch Pflegedienste (Pflegesachleistungen) und reine häusliche Leistungen (Pflegegeldleistungen) zu unterscheiden. Die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen ist abhängig vom regionalen Infrastrukturangebot.

5.3.1 Infrastruktur: Ambulante Pflegedienste

Die ambulante Pflegeinfrastruktur wurde methodisch gleichermaßen wie die stationäre erfasst, d.h. dass der Dokumentation eine umfassende Recherche in Auskunftsdateien, Telefonbüchern, bei den Leistungserbringern und nicht zuletzt bei den Pflegekassen vorausging. Die so gewonnene Datenstruktur wurde den Angaben der amtlichen Pflegestatistik vom 15.12.1999 gegenübergestellt.²⁷⁰

5.3.1.1 Angebot und Standort der ambulanten Pflegeinfrastruktur

In Thüringen gibt es ein nahezu flächendeckendes auf alle Landkreise und kreisfreien Städte ausgerichtetes Netz ambulanter Pflegedienste. Entsprechend der erarbeiteten Datengrundlage zur ambulanten Pflegeinfrastruktur (Pflegedienste) werden die zwei Indikatoren Einrichtungsanzahl und Beschäftigtenanzahl untersucht. Eine Differenzierung nach real versorgten/gepflegten Personen oder des Leistungsumfangs ist aus keiner Datengrundlage für den Einzelstandort ableitbar.²⁷¹

Die Ausgangssituation in Thüringen bestand aus einem nach der Wende aufgebauten Netz von insgesamt 128 Sozialstationen. Ursprünglich wurde jeder Einrichtung ein eindeutig definierter Versorgungsbereich zugewiesen. Diese Versorgungsbereiche wurden von der Liga der freien Wohlfahrtsverbände festgelegt. Ziel der Festlegung war es, Überversorgungen und daraus entstehende Konkurrenzsituationen aber zugleich auch Unterversorgungen zu vermeiden. Rechnerisch kamen damals 19.787 Einwohner bzw. rd. 2.850 Senioren auf eine Sozialstation. Für den Freistaat Thüringen sollte für jeweils 20.000 Einwohner eine Sozialstation zugänglich sein. Mehr als 80% der offenen professionellen Hilfen wurden in Thüringen von den Sozialstationen erbracht (vgl. TMSG 1994). Aber nur maximal 20% der tatsächlich auf Hilfe- und Pflege angewiesenen Personen eines Versorgungsbereichs waren den Sozialstationen überhaupt bekannt (vgl. ZOBEL 1996).

Das Netz der Sozialstationen legte damit für längere Zeit bewusste Monopolstellungen fest. Mehr Trägerpluralität und damit Wahlfreiheit für die Nutzer erfolgte seit etwa 1994 im Zuge der Öffnung des Pflegemarktes für privat-gewerbliche Träger. Die Einführung der ersten Stufe der Pflegeversicherung 1995 beflügelte diese Gründungseuphorie noch einmal. Der Neugründungsboom ambulanter Pflegedienste hatte etwa 1998/1999 mit rd. 408 Pflegediensten den Höhepunkt erreicht.

Eine Vielzahl neuer Dienste entstand insbesondere in verdichteten und städtischen Regionen. Die politisch geforderte neue Vielfalt ambulanter Versorgung war gekennzeichnet durch verhältnismäßig kleine Dienste mit nur wenig Beschäftigten und einer privat-gewerblichen Trägerschaft. Seither nimmt die Anzahl der Pflegedienste wieder ab. Exakte Stichtagsangaben und -vergleiche sind kaum möglich. Zu groß war während der Datenerhebung die im System herrschende Dynamik.

Anhand von Angaben der AOK Pflegekasse Thüringen vom März 1998 sowie eines Telefonbuchabgleichs wurden 408 Pflegedienste dokumentiert und statistisch aufbereitet. Von dieser Ausgangssituation wurden Veränderungen bis ins Jahr 2000 dokumentiert und abschließend mit dem Ergebnis der amtlichen Pflegestatistik Thüringens 1999 verglichen. Demnach gab es in Thüringen Ende 1999 371 ambulante Pflegedienste, von denen jedoch nur 351 im „Verzeichnis der ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen in Thüringen“ veröffentlicht waren (TLS 2000A).²⁷² Die Differenz zeigt, dass auch weiterhin von einer „Beruhigung“ im ambulanten Pflegebereich nicht gesprochen werden kann. Alle Veränderungen der ambulanten Pflegedienststruktur sind in Karte 5-12 dokumentiert. Seit dem Höchststand im Jahr 1998 sind mehr Pflegedienste geschlossen worden als Neugründungen erfolgten (s. Anlage Abb. III-20).

Kennzeichnend für die Entwicklung der ambulanten Pflegeinfrastruktur nach Zentralörtlichkeit und Gebietskategorie in Thüringen ist:²⁷³

- Relative Stagnation in Ober- und Mittelzentren und allgemein in verdichteten Gebieten.
- Starker Rückgang in ländlichen Gebieten im Einzugsbereich der Zentren.
- Zunahme in Unter- und Kleinzentren sowie im strukturschwachen ländlichen Raum.

²⁷⁰ Dieser Weg wurde beschritten, da zu Beginn des Forschungsvorhabens 1995 keine einheitlichen und gesicherten Verzeichnisse existierten. Mit diesen exakten Erhebungen des Autors können sowohl Abweichungen und Ungenauigkeiten der amtlichen Pflegestatistik [TLS 2000A] dokumentiert als auch die Entwicklung der ambulanten Pflegeinfrastruktur nachvollzogen werden.

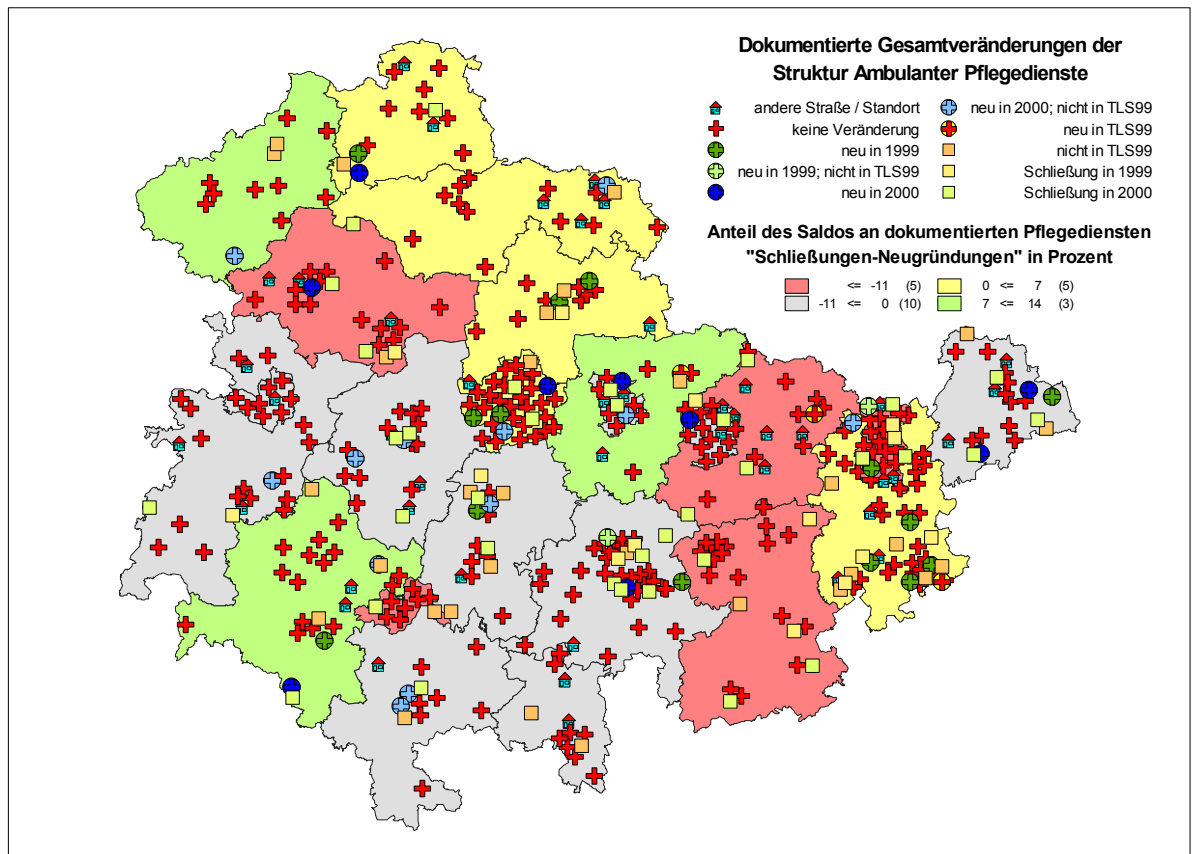
²⁷¹ Z.B. in Form von Kundenlisten der Pflegedienste.

²⁷² Diese Diskrepanz verdeutlicht die Notwendigkeit der eigenen Recherchen und Erhebungen des Autors.

²⁷³ Zur Struktur ambulanter Pflegedienste nach Zentralörtlichkeit und Gebietskategorie s. Anlage Tab. III-2 und Tab. III-3.

Parallel dazu nimmt die Berichterstattung in den Medien über Probleme und finanzielle Notlagen der Pflegedienste zu. Laut Thüringer Allgemeine entfallen theoretisch auf jeden der 370 Pflegedienste 353.000 DM (180.486 EUR) pro Jahr und rechnerisch 24 Kunden.²⁷⁴ Das ist eine wirtschaftlich nicht tragfähige Größenordnung. Von einem weiteren Rückgang ambulanter Pflegedienste ist daher auszugehen.

Aus diesem Grund und zur Sicherung der Grundversorgung weisen alle Landkreise und kreisfreien Städte in ihren örtlichen Pflegeplänen ambulante Pflegedienste aus. Diese haben eine „sichere“ Struktur und Größe sowie Anspruch auf Förderung (vgl. Abschnitt 2.3.5.2).



Karte 5-12: Veränderungen der ambulanten Pflegeinfrastruktur in Thüringen

Das aktuelle Netz ambulanter Pflegedienste verteilt sich quantitativ sehr unterschiedlich auf die Landkreise und kreisfreien Städte. Trotz der unterschiedlichen Einwohnerzahlen ist eine erhebliche Versorgungsdisparität zu erkennen. Den höchsten „Versorgungsgrad“ erreicht die Stadt Suhl mit rd. 6 Tsd. Senioren je Pflegedienst, den niedrigsten der Wartburgkreis mit rd. 28 Tsd. Senioren je Pflegedienst. Die Spannweite zeigt, dass keineswegs ein flächendeckendes wohnortnahe Netz besteht (s. Karte 5-14). Geringere Angebotsdichten bestehen in ländlichen Gemeinden und Regionen. Insgesamt ist für den Standort ambulanter Pflegedienste folgendes charakteristisch:²⁷⁵

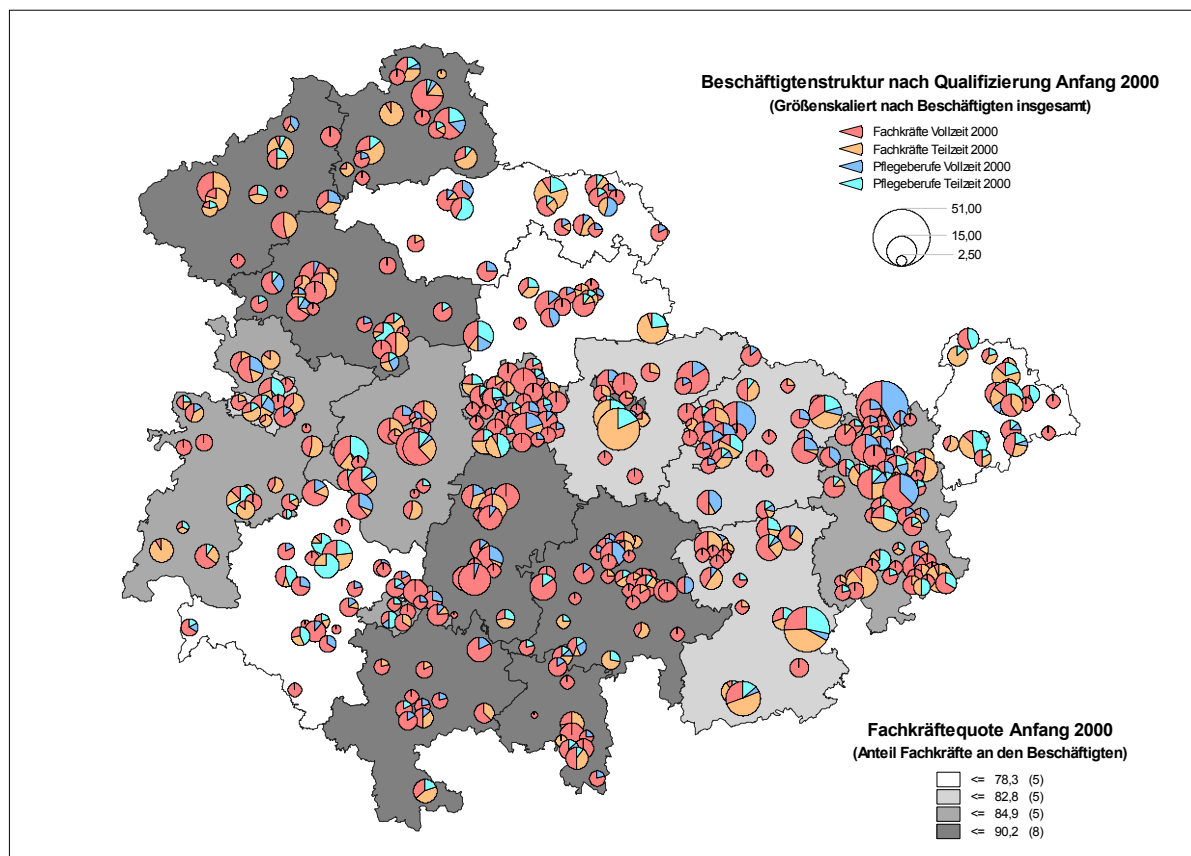
1. In den Landkreisen befinden sich 76% der Einrichtungen mit 75% der Beschäftigten.
2. 86% der Dienste mit 89% der Beschäftigten sind in einem Zentralort.
3. Mit jeweils rd. 30% sowohl bei der Anzahl als auch bei den Beschäftigten bilden die Oberzentren bzw. Mittelzentren die größte Gruppe bei den zentralen Orten.
4. In verdichteten Gebieten haben 61% der Dienste mit 62% der Beschäftigten ihren Standort. In den angrenzenden ländlichen Gebieten im Einzugsbereich der Zentren jedoch nur 3%.
5. Im strukturschwachen ländlichen Raum sind nur knapp 2% der Einrichtungen mit nur 1% der Beschäftigten vertreten.

²⁷⁴ Vgl. Thüringer Allgemeine vom 11.12.2001: „Allein gelassen. Thüringer Pflegedienste geraten in Existenznöte / Zeit für menschliche Zuwendung fehlt“.

²⁷⁵ S. Anlage Tab. III-2 zur Struktur nach Zentralörtlichkeit und Tab. III-3 zur Struktur nach Gebietskategorien.

Die Anzahl der Pflegedienste sagt jedoch verhältnismäßig wenig über das tatsächliche regionale Leistungsangebot aus. Die Kapazität und das Angebotsspektrum der Pflegedienste ist darüber nicht zu identifizieren. Veröffentlichungen zu tatsächlich „versorgten“ Pflegebedürftigen (Kunden) existieren nicht, bzw. nur als Kreiswerte der amtlichen Pflegestatistik.²⁷⁶

Vergleichbar unsicher ist der Kenntnisstand über Beschäftigte der Pflegedienste. Zwar sind durch die amtliche Pflegestatistik ebenfalls Kreiswerte veröffentlicht worden, ein Rückschluss auf die regionale Versorgungssituation einzelner Pflegedienste ist damit aber nicht gegeben. Die nachfolgende ambulante Versorgungssituation in Karte 5-13 setzt sich daher aus den Recherchen des Autors zu allen ambulanten Pflegediensten auf der Basis von AOK-Angaben und den Kreisergebnissen der amtlichen Pflegestatistik zusammen (s. auch Anlage Karte III-13).²⁷⁷ Der visuelle Eindruck der Karte verdeutlicht, dass die Vielzahl der Pflegedienste relativ wenig Beschäftigte oder zu einem beachtlichen Anteil nur aus einer Person (Pflegefachkraft) bestehen. Ihr theoretischer Einzugsbereich erstreckt sich daher oft nur auf die unmittelbare Nachbarschaft. Ein rechnerischer Einzugsradius der Pflegedienste von maximal 15 km kann mit hoher Sicherheit im ländlichen Raum nicht abgedeckt werden.²⁷⁸ Personal- und Wegekosten wären zu hoch.²⁷⁹



Karte 5-13: Beschäftigtenstruktur nach Qualifizierung in ambulanten Pflegediensten 2000

5.3.1.2 Trägerstruktur der ambulanten Pflegeinfrastruktur

Die Trägerstruktur ambulanter Pflegedienste ist zweigeteilt in private und freigemeinnützige Träger. Öffentliche Träger haben mit einem Anteil von unter 1% keine Bedeutung (s. Karte 5-14). Freigemeinnützige Träger haben einen Trägeranteil von 46% an allen ambulanten Pflegediensten und einen Anteil von 54% an allen Beschäftigten in der ambulanten Pflege. Private Träger haben demnach zwar die meisten Pflegedienste, sind aber deutlich kleiner (s. Anlage Tab. III-4).

²⁷⁶ Die Kreispflegepläne enthalten lediglich Angaben zur Berechnung der Förderungshöhe für aufgenommene Pflegedienste.

²⁷⁷ Im Rahmen der Landespflegeplanung wurden mehrere Datensätze zu abrechnungsberechtigten Pflegeeinrichtungen und -diensten der Pflegekasse AOK ausgewertet (Einrichtung mit einem Versorgungsvertrag). Diese Datensätze umfassten u.a. auch Angaben zur Personalsituation, jedoch ohne einen überprüfbaren Stichtagsbezug.

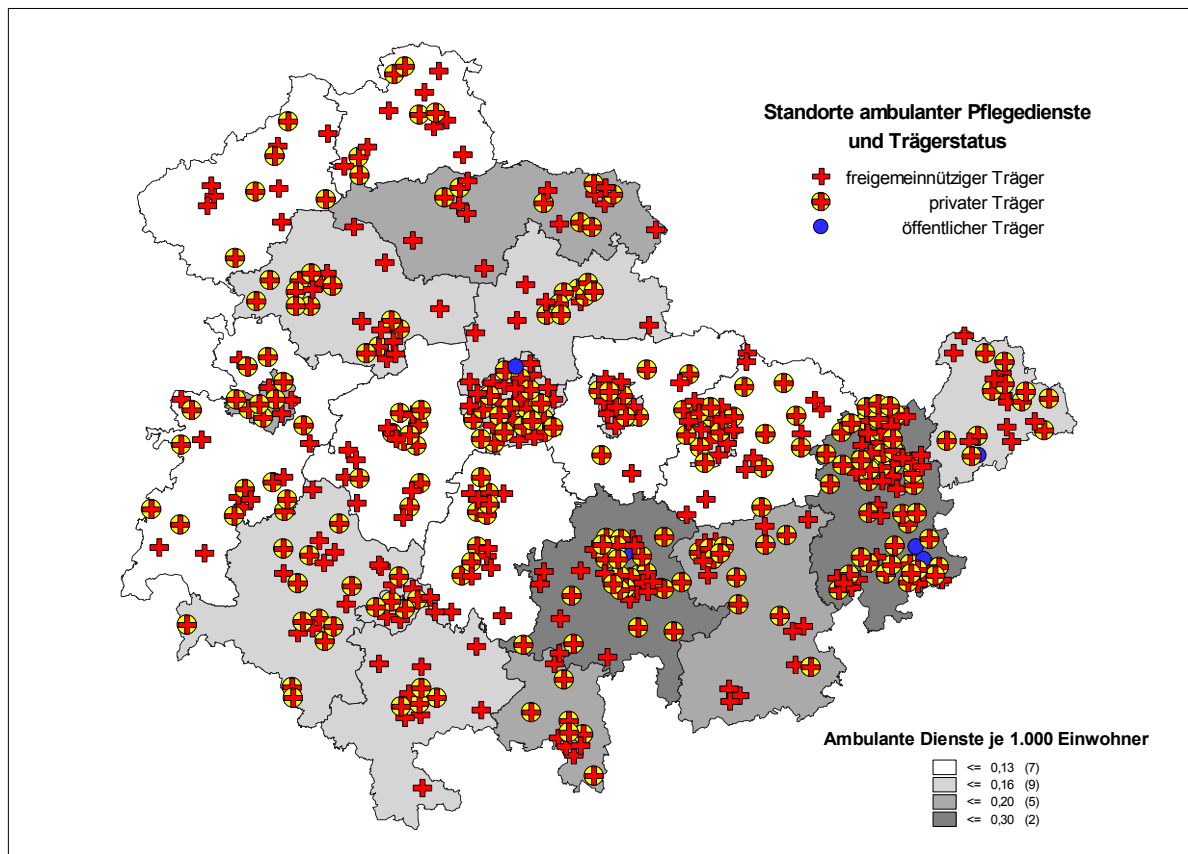
²⁷⁸ Der rechnerische Einzugsradius von 15 km wird für die vorliegende Arbeit aus der Forderung von maximal 30 Minuten Fahrzeit und angenommenen 30 km/h Durchschnittsgeschwindigkeit abgeleitet. In der Praxis liegt die maximale Entfernung aus wirtschaftlichen Erwägungen deutlich darunter.

²⁷⁹ Zur Differenzierung der Beschäftigtenstruktur nach Siedlungsstrukturen und Gebietstypen s. Anlage Tab. III-2 und Tab. III-3.

Das korrespondiert mit der Annahme, dass der Versorgungsbereich freigemeinnütziger Einrichtungen größer und dadurch die Pflege fahrzeitintensiver und folglich personalintensiver ist. Die Datenlage zeigt eine tendenziell andere Ausrichtung privater Träger auf verdichtete, großstädtische Regionen mit hohen effizient zu versorgenden Pflegebedürftigenzahlen. Diese These ist auf Grund des Datenmaterials aber recht unsicher.

Zugleich haben private Träger im Schnitt eine nur leicht höhere Fachkräftequote aber eine um knapp 19 Prozentpunkte deutlich höhere Vollzeitquote. Private Pflegedienste beschäftigen im Durchschnitt nur 6,8 Pflegekräfte (zum Vergleich 9,5 bei freigemeinnützigen Trägern). Dieses andere Arbeitsverhältnis privater Träger wird auch durch die große Gruppe mit nur einer Vollzeitkraft (meist der Eigentümer des privaten Pflegedienstes) unterstrichen.

Nachfolgende Karte 5-14 zeigt die Trägerstruktur der ambulanten Pflegeinfrastruktur nach Standorten in Thüringen. Anlage Karte III-14 differenziert diese Struktur ferner nach Trägerverbänden (z.B. AWO, Caritas, Diakonie usw.).



Karte 5-14: Standort und Trägerstatus aller ambulanten Pflegedienste

5.3.2 Struktur der ambulanten Pflegeleistungen

Erhebungen zur ambulanten und häuslichen Pflegebedürftigkeit waren nicht primärer Bestandteil der Umfragen des Autors zur stationären und teilstationären Pflege. Zurückgegriffen wird daher auf externe Daten. Den Schwerpunkt bilden die Auswertungen von Leistungsempfängerlisten der Pflegekasse AOK-Thüringen in zwei Zeitschnitten 1997 und 1999. Die Vorteile dieser Datengrundlagen liegen in den vielfältigen regionalen Differenzierungsmöglichkeiten, da die jeweiligen Urlisten nach Postleitzahlen der Leistungsempfänger ausgewertet werden konnten.²⁸⁰ Als weitere Datengrundlage wurden die Kreisergebnisse der ersten amtlichen Pflegestatistik vom 15.12.1999 [TLS 2000B] ausgewertet.

²⁸⁰ Beim Datensatz 1997 konnten nahezu alle Postleitzahlregionen und deren Ortsteile den Thüringer Gemeinden zugeordnet werden. Die gröbere Gliederung nur nach Postleitzahlregionen des Datensatzes 1999 erlaubt dagegen keine Gemeindezuordnung und keine vergleichbar exakte Zuordnung zu den Landkreisen und kreisfreien Städten. Da Kreisgrenzen und Postleitzahlregionen auf keiner Detailebene gleich sind, erfolgte eine graphische Zuordnung aller 227 Postleitzahlregionen zu den Thüringer Kreisen. Dabei entstandene Unschärfen (insbesondere bei den Umlandregionen der kreisfreien Städte) sind unvermeidbar und sollten sich im Durchschnitt aller Zuordnungen relativieren. Vgl. Anmerkungen in Abschnitt 5.2.3.8 und Anlage Karte II-7.

Diese verschiedenen Datenbestände müssen vor einer Analyse abgeglichen und auf Plausibilität überprüft werden. Die Unterschiede in den Pflegebedürftigensummen zeigt Tab. 5-5. Gemäß den Datengrundlagen gab es nach AOK-Angaben 1997 36.890 und 1999 nur noch 27.696 ambulante Pflegeleistungsempfänger. Die amtliche Pflegestatistik weist für Ende 1999 dagegen 46.010 ambulant Pflegebedürftige aus. Die Unterschiede der Datenstände sind in der Struktur gering (z.B. beim Anteil der Pflegestufen) aber in den Summen für Thüringen beachtlich.

Die **AOK-Daten vom 4. Quartal 1997** (Leistungsempfänger der AOK-Pflegeversicherung) entsprechen nicht der Gesamtheit aller Pflegebedürftigen in Thüringen. Die AOK hatte nach eigenen Angaben 1997 einen Anteil von rd. 80% an allen gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherten in Thüringen. Der Autor schätzt den AOK-Versichertenanteil bei Älteren höher ein, als bei jüngeren oder erwerbstätigen Personen.²⁸¹ Rechnerisch wären bei 80% AOK-Anteil im Jahr 1997 insgesamt rd. 46 Tsd. Personen in Thüringen Empfänger von ambulanten Pflegeleistungen gewesen. Der Anteil der AOK-Pflegeleistungsempfänger lag 1997 daher eher über 80%, da eine allgemeine Zunahme Pflegebedürftiger bis 1999 berücksichtigt werden muss.

Die **AOK-Daten zum 30.06.1999** verdeutlichen hingegen den rückläufigen Versichertenanteil der Mitglieder der AOK Pflegeversicherung. Aus dem Vergleich mit den Ergebnissen der Umfrage des Autors vom 30.06.1999 kann diese Situation relativ genau anhand der stationären Leistungsempfänger nachgezeichnet werden: Nach AOK-Angaben erhalten 9.628 Pflegebedürftige stationäre Pflegeleistungen (zuzüglich 51 Kurzzeitpflege und 197 Tagespflege). Dem stehen 12.770 Pflegebedürftige der vollstationären Dauerpflege laut Umfrageergebnis gegenüber. Der AOK-Anteil liegt demnach bei rd. 75%. Wird die amtliche Pflegestatistik zum Jahresende 1999 herangezogen, ergibt sich für die AOK nur noch ein Anteil von rd. 70%.²⁸² Da die hohen Versichertenanteile der AOK generell in den neuen Bundesländern rückläufig sind, und eine leichte Zunahme der Pflegebedürftigen insgesamt unterstellt wird (6 Monate Stichtagsunterschied), erscheint die Datenstruktur für die stationäre Pflege plausibel. Gemessen an der amtlichen Pflegestatistik hat die AOK zudem in den Landkreisen noch einen höheren Anteil (71% im Gegensatz zu den kreisfreien Städten mit 66%). Aus Tab. 5-5 wird ersichtlich, dass der Anteil ambulanter Pflegeleistungsempfänger der AOK 1999 im Vergleich zur amtlichen Pflegestatistik jedoch insgesamt bei nur rd. 60% lag.

Tab. 5-5: Plausibilitätskontrolle der ambulanten Pflegeleistungsempfänger der AOK Thüringen

		AOK 4. Quartal 1997 31.12.1997		AOK 30.06.1999		Amtliche Pflegestatistik 15.12.1999	
		Ambulant Pflegebedürftige	Anteil	Ambulant Pflegebedürftige	Anteil	Ambulant Pflegebedürftige	Anteil
Grad der Pflegebedürftigkeit	Stufe 1	17.621	48%	14.926	54%	5.475 ^{a)}	44,9%
	Stufe 2	14.971	41%	10.276	37%	5.053 ^{a)}	41,5%
	Stufe 3	4.298	12%	2.494	9%	1.657 ^{a)}	13,6%
Art der Leistung	Geldleistung	28.137	76%	23.778	86%	33.825	73,5%
	Sachleistung	3.168	9%	3.506	13%	12.185	26,5%
	Kombinationsleistung	5.585	15%	412	1%		
gesamt		36.890	100%	27.696	100%	46.010	

a) ohne Geldleistung

Mit dieser Plausibilitätskontrolle werden folgende Festlegungen für weitere Analysen und Darstellungen getroffen:

1. Relative Aussagen sind unter der Annahme der Unabhängigkeit von Pflegebedürftigkeit und Pflegekasse uneingeschränkt für alle Datengrundlagen möglich.
2. Die absolute Aussage und die Ermittlung der regionalen Inanspruchnahme sind mit AOK-Angaben nur näherungsweise möglich. Eine pauschale prozentuale Erhöhung zur Angleichung an die Ergebnisse der amtlichen Pflegestatistik ist nicht möglich bzw. erfolgt nicht.

Professionelle ambulante Pflege: Nach Angaben der amtlichen Pflegestatistik wurden im ambulanten Bereich ca. 12.200 Pflegebedürftige von den 371 Pflegediensten in Thüringen betreut. Da-

²⁸¹ Aufgrund der höheren Altersstruktur der Pflegeleistungsempfänger ist nicht der gesamte Versichertenanteil der AOK übertragbar.

²⁸² Die Erklärung liegt in der Tatsache begründet, dass der Landespflegeplan und damit die Erhebungen nicht die rd. 680 Plätze außerhalb der Landesplanung berücksichtigt. Es ist anzunehmen, dass diese jedoch ähnliche Strukturen aufweisen.

von waren rund 11.100 Personen (91,1%) über 65 Jahre, drei Viertel (75,2%) davon Frauen und ca. 5.500 (44,9%) der Pflegestufe 1 sowie 5.100 Personen (41,5%) der Pflegestufe 2 zugeordnet. Weitere rund 1.700 (13,6%) befanden sich in Pflegestufe 3 (Abb. 5-27). Regionale Differenzierungen zum Grad der Pflegebedürftigkeit werden in Anlage Abb. III-24 (1997) und Abb. III-25 (1999) dargestellt. Danach ist z.B. die schwere der Pflege von 1997 bis 1999 deutlich zurückgegangen.

Ambulante private Pflege: Ende 1999 erhielten über 37.600 Thüringer Pflegegeld, darunter rd. 3.800 Empfänger von Kombinationsleistungen. Die anderen rund 33.800 Pflegebedürftigen erhielten ausschließlich Pflegegeld, ohne dass Leistungen der professionellen ambulanten oder stationären Pflege in Anspruch genommen wurden.²⁸³

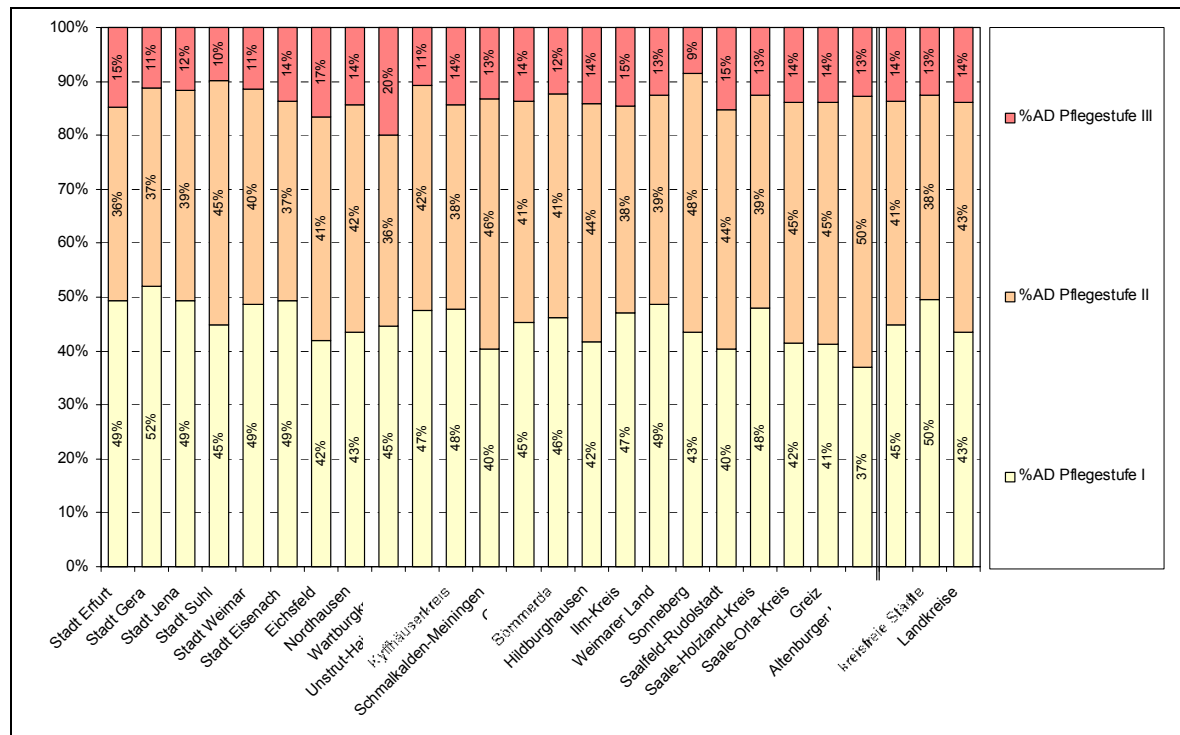


Abb. 5-27: Grad der ambulanten Pflegebedürftigkeit nach Landkreisen und kreisfreien Städten 1999

Von den ambulanten Pflegebedürftigen nehmen demnach insgesamt rund 74% Pflegegeldleistungen in Anspruch und nur 26% Pflegesachleistungen durch einen ambulanten Pflegedienst. Beim Vergleich der AOK-Leistungsempfängerstruktur hat sich diese Relation privater zu professioneller Pflege von 1997 zu 1999 drastisch zugunsten der Pflegegeldleistungen verschoben (s. Anlage Abb. III-22 für 1997 und Abb. III-23 für 1999). Die höchste Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste (Pflegesachleistungsempfänger) haben der Landkreis Greiz, die Stadt Gera und die Stadt Jena. Die niedrigsten Anteile gab es in den Landkreisen Weimarer Land und Eichsfeld (mehr Pflegegeldleistungsempfänger). Von den Empfängern von ausschließlich Pflegegeld waren rd. 69,0% über 65 Jahre. Der Anteil der Frauen betrug nur 62,6%. Während Männer im ambulanten bzw. stationären Bereich nur ein knappes Viertel ausmachten, waren es im Bereich der Empfänger von ausschließlich Pflegegeld weit mehr als ein Drittel (37,4%). Hier pflegen überwiegend die Ehefrauen.²⁸⁴

Weitere regionale Ergebnisse zur Art der Pflegeleistungen und Altersstruktur der ambulanten Pflegeleistungsempfänger sind aufgrund der Plausibilitätskontrolle nicht hinreichend exakt. Anlage III - 3 stellt ausgewählte Analysen und Ergebnisse der Kreise dar.

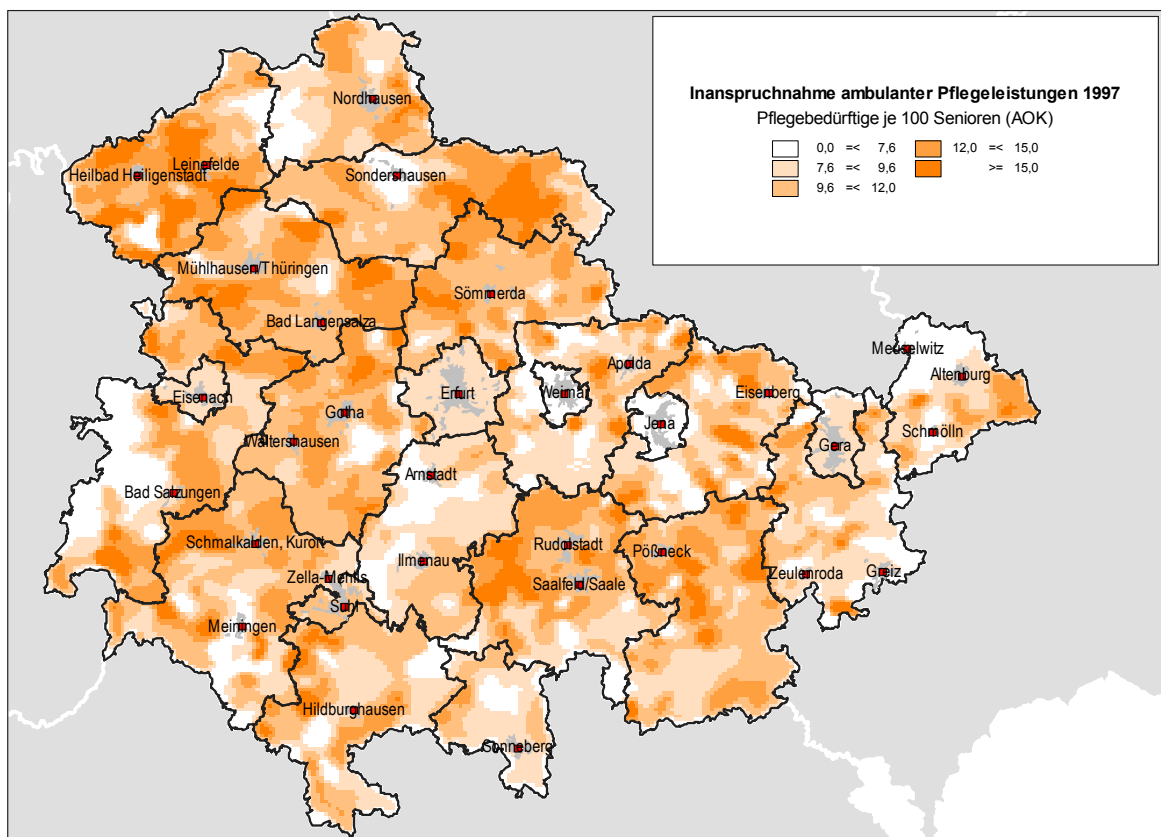
5.3.3 Regionale Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen

Mit den Einschränkungen der Plausibilitätskontrolle kann anhand der ambulanten Leistungsempfänger der AOK-Thüringen eine differenzierte Topologie der Inanspruchnahme in den Gemeinden Thüringens visualisiert werden (Karte 5-15). Insgesamt waren nach dieser Datengrundlage im Jahr 1997 in Thüringen rd. 1,5% aller Einwohner Empfänger von ambulanten Pflegeleistungen, bzw.

²⁸³ Die Betreuung erfolgte ausschließlich durch Familienangehörige oder Bekannte.

²⁸⁴ Zur regionalen Differenzierung der Altersstruktur ambulanter Pflegebedürftiger im Jahr 1997 s. Anlage Abb. III-21.

von 1.000 Einwohnern sind 15,2 ambulant pflegebedürftig. In den kreisfreien Städten lag der Wert deutlich darunter (13,2) und in den Landkreisen leicht darüber (15,7).



Karte 5-15: Topologie der Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen der AOK je 100 Senioren 1997

5.4 Pflegelandschaft Thüringen insgesamt

Für Thüringen ist eine starke Zunahme pflegebedürftiger Menschen zu verzeichnen, die nicht nur auf den Effekt der Einführung der Pflegeversicherung zurückzuführen ist. Immerhin wurde erst durch die finanziellen Möglichkeiten der Pflegeversicherung ein allgemeines Hilfe- und Pflegebedürfnis vieler Menschen öffentlich und damit als konkreter Bedarf quantifizierbar (insbesondere die zuvor versteckte Pflegebedürftigkeit). Mit Blick auf die Zunahme des Seniorenanteils und des Anteils Hochbetagter ist aber auch im gleichen Zeitraum die Personengruppe mit dem höchsten Pflegerisiko deutlich größer geworden. So ist auch langfristig mit einer absoluten und relativen Zunahme pflegebedürftiger Menschen zu rechnen. Die Anzahl Pflegebedürftiger wird mit der demographischen Alterung der Bevölkerung einhergehen. Aus Erfahrungen und Fachdiskussionen wird deutlich, dass die „zählen“ Kriegsgenerationen eine geringere Pflegeprävalenz aufweisen, als die in den nächsten Jahren folgenden Wohlstandsgenerationen der Nachkriegszeit. Lebensstil und Gesundheitsvorsorge der „Babyboomgeneration“ wird nach Meinung vieler Mediziner trotz verbesserter Gesundheitsversorgung zu höheren Pflegerisiken und -folgen führen. Diese potentiellen Tendenzen sind zur Zeit nicht quantifizierbar.

Die Thüringer Pflegelandschaft ist summarisch folgendermaßen zu charakterisieren:²⁸⁵

- Gemäß der amtlichen Pflegestatistik waren 1999 2,5% der Thüringer pflegebedürftig bzw. 15,1% der Senioren. Der Landkreis Altenburger Land hat die meisten und die Stadt Suhl die wenigsten Pflegebedürftigen. (s. Karte 5-16).
- Die höchsten Anteile von Pflegegeldleistungen haben die Landkreise Wartburgkreis (70,8%) und Kyffhäuserkreis (66,5%) und die niedrigsten Anteile die kreisfreien Städte Weimar (36,5%) und Jena (38,4%) (s. Abb. 5-28).

²⁸⁵ Zu weiteren Analysen und Darstellungen s. auch Anlage III - 4.

- Die meisten stationären Pflegeplätze standen in den kreisfreien Städten Weimar, Eisenach und Gera zur Verfügung. Hingegen hatten die wenigsten Pflegeplätze die Landkreise Sömmerda und Wartburgkreis.
- Fast 24% aller Pflegebedürftigen in Thüringen nahmen stationäre Pflegeleistungen in Anspruch. Den höchsten stationären Anteil hat die Stadt Weimar mit 41,9% und den niedrigsten Anteil der Wartburgkreis mit 11,4%.

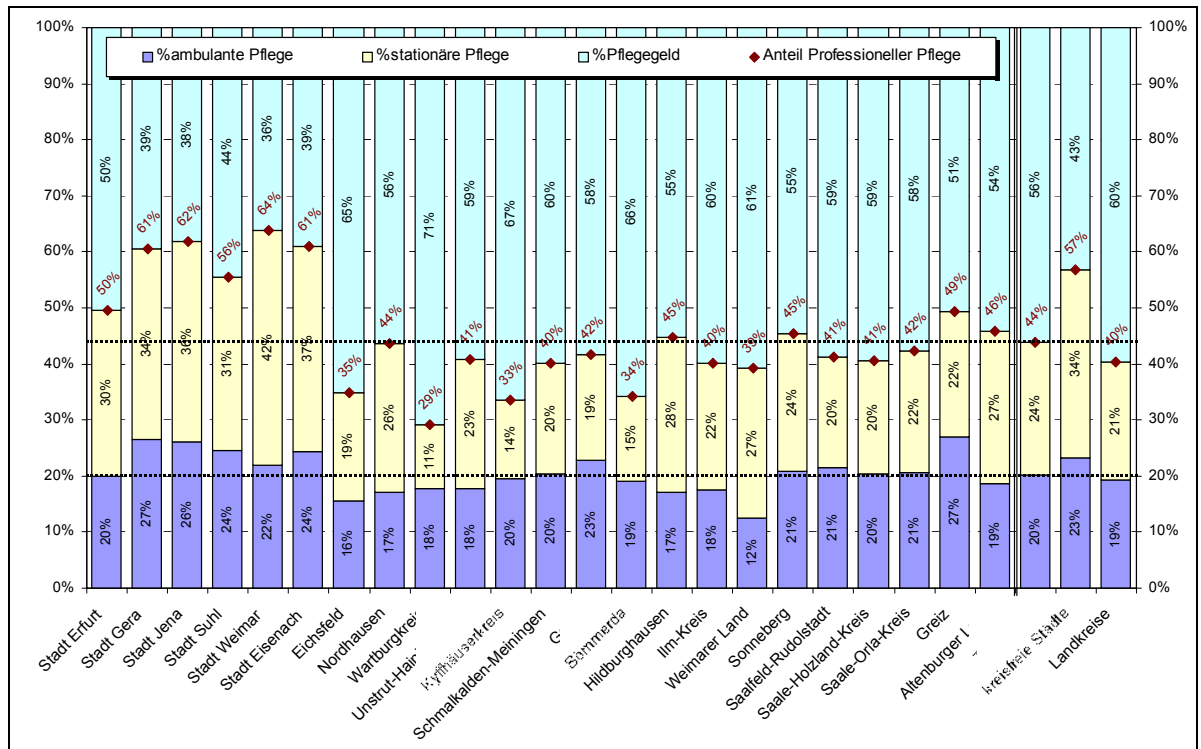
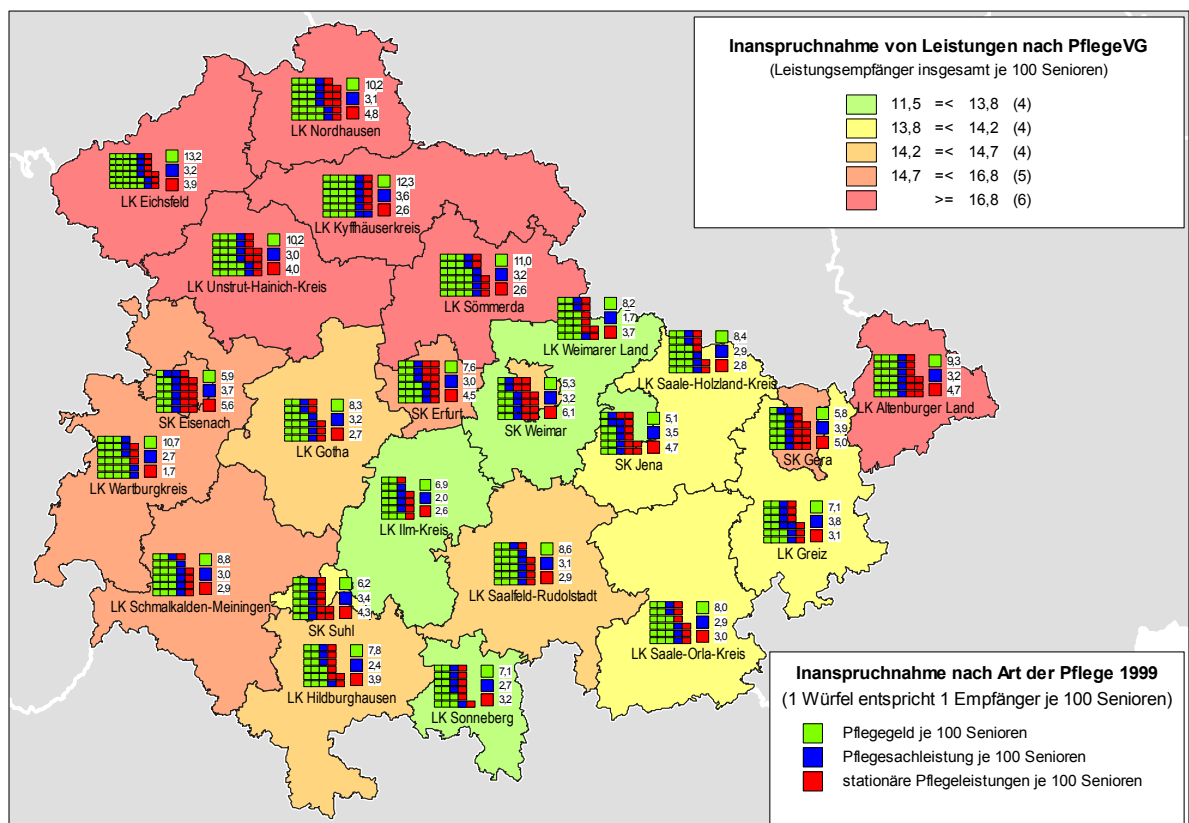


Abb. 5-28: Struktur der Pflegebedürftigkeit nach Art der Pflege in Thüringen 1999 (PflegeStat)



Karte 5-16: Inanspruchnahme und Art der Pflegeleistungen je 100 Senioren 1999 (PflegeStat)

5.5 Teilergebnis II: Pflegelandschaft

Die Indikatoren zur Pflegelandschaft gliedern sich in vier Gruppen: Pflegeinfrastruktur, stationäre und teilstationäre Pflegebedürftigkeit (Bewohner, Einzüge und Auszüge), Versorgungssituation (Inanspruchnahme) und ambulante/häusliche Pflege. Analog zu den Einflussindikatoren stellen die Pflegeindikatoren überwiegend relative Bezüge dar, um quantitative Gewichte z.B. der kreisfreien Städte auszugleichen. Zusammen reflektieren die Indikatoren die im Kapitel 5 dargestellten Aspekte, Merkmale und Ausprägungen der Pflegebedürftigkeit und Pflegeinfrastruktur in Thüringen.

5.5.1 Exploration und Deskription der Pflegelandschaftsindikatoren [PLI-Basis]

Die Indikatoren zur Pflegelandschaft [PLI] werden zunächst standardisiert, um die Vergleichbarkeit der Indikatorenwerte zu erleichtern. Analog zu den Einflussindikatoren wird gegebenenfalls das Vorzeichen der transformierten z-Indikatoren inhaltlich orientiert. Im Sinne der Pflegeversicherung und der Pflegeinfrastruktur wird eine positiv/negativ Bewertung der Einzelindikatoren vorgenommen und in Abhängigkeit von der Definition der Indikator kalibriert.²⁸⁶

Für die Analyse der Einzelindikatoren wird ebenfalls die modifizierte **Box&Whisker-Analyse** angewendet. Die Konstruktion liefert den Median und die Perzentile und zeigt durch die standardisierten Werte die Streuung um das arithmetische Mittel (0-Linie) an.²⁸⁷

Aus den im Kapitel 5 dargestellten rd. 260 Einzelaspekten zur Pflegelandschaft Thüringens werden 166 Einzelindikatoren gebildet [PLI-Basis] und deren Ausrichtungen und Indikatorbeschreibungen strukturiert nach Indikatorengruppen und Themenschwerpunkten beschrieben.²⁸⁸ Diese Pflegeindikatorenbasis folgt einer potentiellen topologischen Relevanz im Gesamtkontext. Indikatoren, die zwar grundlegende Aussagekraft zur Pflegebedürftigenstruktur aufweisen, jedoch kaum/keine regionalisierbare Relevanz (topologische Merkmale) erwarten lassen, werden nicht betrachtet. Diese Auswahl betrifft überwiegend die hohe Detaillierungsstufe der stationären und teilstationären Pflege, wie sie im Kapitel 5 „Pflegelandschaft Thüringen [PLI]“ vorgenommen wurde. Das Kapitel ist ein umfassender Bericht zur Situation der Pflegelandschaft Thüringens und geht damit über den Rahmen der Regionalforschung hinaus.

Bewohnerstruktur der stationären und teilstationären Pflege: Die **Altersstruktur** der Bewohner ist im Prinzip wertfrei, jedoch deutet ein hoher Anteil Hochbetagter sowie ein hohes Durchschnittsalter der Pflegebedürftigen auf eine im Sinne der „Altenpflege“ besser ausgerichtete Struktur hin. Hohe Anteile sind daher positiv anzusehen. Die **Art der Pflege** ist in diesem Kontext wertfrei, da sie den Anteil einer Pflegeart im Kreis zu allen stationären und teilstationären Pflegebedürftigen darstellt. Eine Wertung ist nur sinnvoll bei der Betrachtung der gesamten Pflegelandschaft mit der ambulanten professionellen und privaten Pflege. Der **Grad der Pflegebedürftigkeit** zeigt ähnlich wie die Altersstruktur eine prinzipiell bessere Ausrichtung der stationären und teilstationären Pflegeinfrastruktur auf die Schwerstpflege unter der Annahme, dass zuvor die Alternativen der ambulanten Pflege ausgeschöpft wurden. Hohe Anteile sind daher positiv zu bewerten. Die **Art des Kostenträgers** verdeutlicht, inwieweit die Pflegeversicherung und der Eigenanteil des Pflegebedürftigen für die Pflegekosten ausreichen. Hohe Selbstzahleranteile sind daher positiv zu bewerten (weniger/kaum Sozialhilfeempfänger).

Einzugsstruktur der stationären und teilstationären Pflege: Die **Einzugsart** gibt Auskunft über den Institutionalisierungsanteil der Pflegebedürftigen vor Einzug bzw. Nutzung einer Pflegeeinrichtung. Eine Wertung ist nicht direkt möglich. Es wird ein abgestuftes Pflegenetzwerk gefordert, so z.B. die Anschlusspflege nach einem Krankenhausaufenthalt. Gleichzeitig wird aber vor einer Institutionalisierungskette im Alter gewarnt. Ein hoher Anteil „aus einem Privathaushalt“ ist grundsätzlich positiv zu bewerten und stellt eine möglichst lange häusliche/private Pflege dar.

²⁸⁶ Die Orientierung wird entsprechend dieser Aussage anhand des Vorzeichens geändert. Die meisten Indikatoren bedürfen keines Vorzeichenwechsels, da die Indikatorenbildung bereits nach den inhaltlichen Anforderungen erfolgte. So wurde beim Grad der Pflegebedürftigkeit nicht der Anteil der Pflegestufe 1 sondern der Anteil der Pflegestufe 3 als Messgröße zur Charakterisierung der Schwerstpflege ausgewählt. Dieser Umkehrschluss erlaubt demnach die unveränderte Interpretation des Indikators anhand der positiven/negativen z-Werte. Ein Kreis mit einem hohen positiven z-Indikatorwert hat einen relativ zu allen Kreisen überdurchschnittlich hohen Anteil Pflegebedürftiger der Pflegestufe 3.

²⁸⁷ Die Box&Whisker-Analyse ist in Anlage III - 7 abgebildet (Abb. III-31 und Abb. III-32).

²⁸⁸ Es wurden die Indikatoren ausgewählt, die entweder bedeutend für die Charakteristik der Pflege sind oder von denen eine wechselseitige Abhängigkeit zu den Einflussindikatoren zu erwarten ist (zur Übersicht [PLI-Basis] s. Anlage Tab. III-6).

Auszugsstruktur der stationären und teilstationären Pflege: Die **Auszugsart** gibt Auskunft über das „menschenwürdige“ Versterben in der gewohnten/eigenen Umgebung – wenn auch hier im Pflegeheim. Die sogenannte „Abschiebung“ in ein Krankenhaus ist im Sinne des Menschen und der Angehörigen negativ zu bewerten. Nur aus diesem Grund wird ein höherer Anteil „verstorben in der Einrichtung“ positiv bewertet und kann in gewissen Grenzen als eine besser geleistete Sterbebegleitung und -verantwortung angesehen werden. Die Rückkehrwahrscheinlichkeit in einen Privathaushalt ist in der stationären Pflege relativ gering und wird daher nicht berücksichtigt. Auch der Umzug in barrierefreies Wohnen ist für die Zielgruppe der stationären Pflege relativ unbedeutend, da die gegenwärtigen Umzüge überwiegend aus nicht pflegebedürftigen Bewohnern der Vorpflegeversicherungszeit stammen. Eine Bewertung und Aufnahme dieser Indikatoren wird daher nicht vorgenommen. Bei der Kurzzeitpflege ist die Rückkehr in den Privathaushalt jedoch das zentrale Anliegen und das Ziel der Pflege. Ein hoher Anteil ist positiv zu bewerten. **Einzugs- und Auszugsvolumen** stehen für die Bewohnerfluktuation in den Einrichtungen. Überdurchschnittliche hohe Fluktuation zeigt zwar, dass die hospitalisierte Pflege ihrem Ziel als allerletzte Alternative gerecht wird, doch führt sie gleichzeitig zu einem negativen Wohn- und Arbeitsklima in die Einrichtungen. Im ähnlichen Kontext zur Bewohnerfluktuation steht die **Aufenthaltsdauer** der Pflegebedürftigen. Je kürzer die Aufenthaltsdauer ist, desto höher sind die Anforderungen an das Pflegepersonal und die Belastungen für die Bewohner. Eine überdurchschnittlich kurze Verweildauer ist daher negativ zu bewerten. Der Anteil der Auszüge, die erst seit PflegeVG eingezogen sind, ist im Gesamtkontext wertfrei. Hohe Anteile verdeutlichen lediglich eine weiter fortgeschrittene Anpassung an die Kriterien der Pflegeversicherung. Die **regionale Herkunft der Bewohner** beschreibt die Übernahme bzw. Abgabe von Versorgungsleistungen sowie die Sicherung des wohnortnahen Pflegeangebots. Demzufolge ist eine hohe Eigenversorgungsquote positiv zu bewerten.

Art, Struktur und Qualität der Pflegeinfrastruktur: Ein Werteanstieg der durchschnittlichen **infrastrukturellen Einbindung** der Einrichtungen (Durchschnittsentfernung) ist negativ zu bewerten, da in der Gesamtsicht die Entfernungen ausgewählter Siedlungselemente zunehmen und ungünstiger/unerreichbarer für die Bewohner werden. Die **bauliche Einrichtungsstruktur** und der **Modernisierungsgrad** sind immer positiv orientiert (hoher Anteil = bessere Situation). Ein Vorzeichenwechsel ist nicht notwendig. Ebenfalls mit steigenden Werten positiv zu bewerten sind Anteilsangaben zur baulichen Einrichtungsstruktur an der Gesamtstruktur. Auch die **Zimmerqualität** ist gemäß eines höheren Anteils „guter“ Zimmer positiv orientiert. Die Anzahl der **Bewohner pro Zimmer** wird durch Vorzeichenwechsel angepasst, so dass hohe Zimmerbelegungszahlen negativ gewertet werden.

Versorgungsgrad und Inanspruchnahme der stationären und teilstationären Pflege: Der klassische **Versorgungsgrad** sowie die Varianten der **Inanspruchnahme** sind bezüglich eines höheren Versorgungsangebotes und dessen Nutzung immer positiv bewertet. Die Inanspruchnahme durch nichtpflegebedürftige Personen wird negativ bewertet, da anzunehmen ist, dass alternative Angebote fehlen oder unzureichend genutzt werden (Vorzeichenwechsel).

Gesamte Pflegelandschaft: Mit steigender **durchschnittlicher Platzkapazität** der stationären Pflegeeinrichtungen nimmt im Allgemeinen die Wohn- und Lebensqualität für die Bewohner ab. Sehr große Einrichtungen gelten als anonym. Überdurchschnittlich hohe Kapazitäten werden daher negativ bewertet. Überdurchschnittliche Anteile der **Pflegestufe 3** sind, wie bereits beschrieben, grundsätzlich positiv zu bewerten. **Professionelle Pflege** (ambulant und stationär) setzt erst nach einem Ausschöpfen familiärer/informeller Pflege und meist im Zusammenhang zunehmender Pflegebedürftigkeit ein. Der **Art der Pflege** kommt in der Gesamtbetrachtung eine große Bedeutung zu. Entsprechend der Abstufung „privater vor ambulanter vor stationärer Pflege“ ist ein hoher Anteil privater Pflege (Pflegegeld) positiv, die ambulante professionelle Pflege (Pflegesachleistung) als Zwischenstufe neutral und ein hoher Anteil stationärer Pflege negativ (Vorzeichenwechsel) zu bewerten. Die Entwicklung 1997-1999 beim Pflegegeld ist als Veränderung der Pflegebereitschaft zu interpretieren. Ein Rückgang des Pflegegelds ist negativ zu bewerten und hat eine Zunahme von professionellen Pflegesachleistungen (ambulant und stationär) zur Folge. Der Anteil professioneller Pflege (ambulant und stationär) ist ebenfalls ein Indikator für die **private Pflegebereitschaft**. Je höher der Anteil desto ungünstiger ist die von der Pflegeversicherung geforderte private/häusliche Pflege. Die Personalsituation der Pflegedienste und -einrichtungen ist mit steigendem **Beschäftigungsumfang** und/oder abnehmenden Leistungsempfängern je Beschäftigten positiv zu bewerten.

5.5.2 Faktoranalytische Indikatorenreduktion der 166 Basisindikatoren [PLI-Auswahl]

Für den Regionalforschungsansatz ist die hohe Differenzierung der Pflegelandschaft mit 166 Einzelindikatoren zu umfassend und für die Identifizierung grundsätzlicher Topologien der Pflege zu komplex. So beschreiben mehrere Indikatoren einen ähnlichen Sachverhalt, der pflegedeterminiert wichtig ist (typologisch) aber in der hohen Differenziertheit kaum zu höherem topologischen Erklärungsgewinn beiträgt.

Die Faktorenanalyse wertet die Beziehungen zwischen den Einzelindikatoren aus und macht statistische Korrelationen deutlich (Ladungsmuster). Das methodische Ziel ist hier die Dimensionsreduktion des Indikatorenkatalogs und nicht die Suche nach Faktoren oder Stellvertretergrößen. Mit der Trennung nach Indikatorengruppen oder Sachgebieten wird sichergestellt, dass Indikatoren unterschiedlicher Themenkomplexe, die auf einen gemeinsamen Faktor hoch laden, aber inhaltlich wichtige eigenständige Aussagen besitzen, nicht ausgesondert werden. Die Interpretation der extrahierten Faktoren hat dabei nur einen geringen Stellenwert. Wichtiger ist, dass die Dimensionsreduktion der hohen Informationsdichte auf zentrale Indikatoren immer auch einen Querbezug zu weiterführenden Details oder Erkenntnissen der „ausgesonderten“ Indikatoren ermöglicht. Diese Methode verändert die Struktur kaum, da jeweils hochladende Indikatoren als Stellvertreter für einen Indikatorenkomplex oder solitäre Indikatoren erhalten bleiben (geringe Faktorladung bzw. Ähnlichkeiten) ausgewählt werden (in den Tabellen mit „höchster“ gekennzeichnet).

Zusammengefasst filtern die nachfolgenden Analyseschritte im Sinne der Gesamtbetrachtung „unnötige“ bzw. redundante Indikatoren weitestgehend heraus. Einige Indikatoren werden jedoch aufgrund der Systematik oder inhaltlichen Stringenz ungeachtet der faktoranalytischen Ladungsmuster übernommen. Diese sind in den Tabellen mit dem Attribut „wichtig“ oder „eigenständig“ im Sinne des inhaltlichen Erklärungsgehaltes gekennzeichnet. Indikatoren ohne hinreichend gute Zuordnung werden als „solitär“ gekennzeichnet. Die Faktorenanalysen folgen den vier Hauptindikatorengruppen und werden gegebenenfalls durch Detail-Faktorenanalysen ergänzt.

Stationäre und teilstationäre Pflegebedürftigenstruktur: Die Pflegebedürftigenstruktur, d.h. deren Situation (Bewohnerstruktur), die Tendenzen (Einzüge) und der Pflegeverlauf (Auszüge), wird durch zahlreiche Indikatoren wiedergegeben. Daher sind direkte sachliche und empirische Zusammenhänge stark vertreten. So führt z.B. die Differenzierung nach Einzügen und Auszügen für die Kurzzeitpflege erwartungsgemäß zu keinem höheren Erklärungsgewinn. Insgesamt können aus den Indikatoren zur Pflegebedürftigenstruktur 10 Faktoren extrahiert werden, die eine erklärte Gesamtvarianz von 84% haben (s. Anlage Tab. III-7). Das Ladungsmuster zeigt, dass einzelne Sachgebiete überwiegend mit Indikatoren zur Einzugsstruktur am besten charakterisiert werden können. Die Einzugsstruktur spiegelt zudem die aktuelle Situation (Bedarfslage) wieder (vgl. Abschnitt 5.2.3). Die stationäre und teilstationäre Pflegebedürftigkeit ist folglich mit den Indikatoren zur Einzugsstruktur hinreichend gut zu charakterisieren und wird durch nicht substituierbare Indikatoren wie z.B. das Alter der vollstationären Bewohner ergänzt. Zur Auswahl kommen 16 Indikatoren (s. Anlage Tab. III-7 Spalte Auswahl/Erklärungsgehalt).²⁸⁹

Für die Struktur der Pflegebedürftigen (Bewohner, Einzüge wie auch Auszüge) ist festzustellen, dass die Themengruppen Art des Aus-/Einzuges, regionale Herkunft und Aufenthaltsdauer in sich geschlossene Einheiten darstellen. Eine Indikatorenauswahl kann nicht im Zusammenhang mit den anderen Indikatoren zur Pflegebedürftigenstruktur erfolgen. Auch sind inhaltliche Zusammenhänge nicht gegeben. In sich sind die drei Indikatorengruppen ebenfalls sehr homogen, so dass nur getrennte Analysen sinnvoll sind bzw. eine Indikatorenreduktion nur inhaltlich anhand der überprüften Indikatorenaussage möglich wird. Mit der entsprechenden Faktorenanalyse kommen 19 Indikatoren zur Auswahl (s. Anlage Tab. III-8 Spalte Auswahl/Erklärungsgehalt):

- Die Art des Einzuges/Auszuges hat keine bzw. nur sehr geringe Korrelation mit anderen Indikatoren. Auch eine Berücksichtigung dieser Indikatorengruppe in einer Faktorenanalyse mit der Aufenthaltsdauer und der regionalen Herkunft ergab keinen nennenswerten Informationsgewinn. Die Indikatoren werden daher als „solitäre“ berücksichtigt.
- Das Einzugs- bzw. Auszugsvolumen bildet erwartungsgemäß einen ähnlichen Sachverhalt ab. Beide Größen korrelieren hoch miteinander ($r=0,63$ bei 1% Signifikanz; s. Anlage Abb.

²⁸⁹ Die Auswahl erfolgt primär nach dem Ladungsmuster und sekundär nach inhaltlichen/sachlichen Erwägungen.

III-33), wobei eine höhere Korrelation durch die Fertigstellung von Umbau- und Neubauvorhaben verhindert wird. Dadurch ist das Einzugsvolumen in einigen Kreisen höher als das Auszugsvolumen (Kapazitätserweiterung). Das Einzugsvolumen lädt höher als das Auszugsvolumen auf den Faktor, der die Indikatoren zur Aufenthaltsdauer seit PflegeVG beschreibt (Faktor 1 in Anlage Tab. III-8). Daher wird das Auszugsvolumen ausgewählt, um den Sachverhalt der Fluktuation in den Pflegeeinrichtungen abzubilden.

- Die Faktorenanalyse zur Aufenthaltsdauer verdeutlicht die ausgeprägte Trennung in „alle“ und erst „seit PflegeVG“ eingezogenen Bewohner (s. Abschnitt 5.2.3.11). Die Angabe der mittleren Aufenthaltsdauer hat einen geringeren Erklärungsgehalt (Faktorladung) als die Prozentangabe der Pflegebedürftigen, die innerhalb eines Jahres aus der Einrichtung ausziehen (versterben). Da aber beide Aussagen anhand der Pflege- und Einflussindikatoren noch genauer zu überprüfen sind, werden alle Indikatoren dieser Gruppe in die Auswahl übernommen.
- Die regionale Herkunft wurde ebenfalls einer Detailuntersuchung unterzogen, die zum Ergebnis führte, dass die Indikatoren nicht substituierbar sind, bzw. nicht in den Kontext der allgemeinen Pflegebedürftigenstruktur gesetzt werden können. Die Indikatoren haben inhaltlich eine wichtige und definierte Bedeutung für die regionale Versorgungssituation.

Mit der faktoranalytischen Indikatorenauswahl konnten aus den eingangs 65 Indikatoren zur Pflegebedürftigenstruktur 35 Auswahlindikatoren formuliert werden, die die vollstationäre und teilstationäre Pflegebedürftigkeit gut charakterisieren.

Pflegeinfrastruktur: Aus den Pflegeinfrastrukturindikatoren können 10 Faktoren mit einer erklärenden Gesamtvarianz von 86% extrahiert werden. Die Indikatoren zu Neubauten und Plattenbauten laden z.B. auf einen gemeinsamen Faktor ähnlich hoch (und auch zu Teilaspekten des Investitionsprogramms). Eine konsequente Indikatorenauswahl ist naheliegend. Die 47 Basisindikatoren zur Beschreibung der baulichen bzw. qualitativen Pflegeinfrastruktur sind gut durch 12 Auswahlindikatoren zu erklären. Die Ladungsmatrix und die daraus abgeleiteten Auswahlindikatoren sind aus Anlage Tab. III-9 zu entnehmen.

Versorgungsgrad und Inanspruchnahme: Alle Indikatoren zum Versorgungsgrad und zur Inanspruchnahme haben erwartungsgemäß eine hohe strukturelle Ähnlichkeit. Mit nur 4 extrahierten Faktoren kann 86% der Gesamtvarianz erklärt werden (s. Anlage Tab. III-10). Bei der Auswahl müssen daher inhaltliche/sachliche Erwägungen berücksichtigt werden. So laden z.B. alle für die Versorgungsstruktur der stationären Pflege charakteristischen Indikatoren (und damit Kernbestandteil der Pflegeplanung) auf einen gemeinsamen Faktor „*V-Grad und IA VP*“ hoch (Faktor 1 in Anlage Tab. III-10). Eine Reduzierung auf z.B. nur einen Indikator ist an dieser Stelle nicht sinnvoll, da Interdependenzen zu anderen Themenkomplexen noch zu klären sind. Mit den genannten Einschränkungen ergeben sich aus eingangs 28 Basisindikatoren insgesamt 10 Auswahlindikatoren.

Gesamte Pflegelandschaft: Die Indikatoren zur gesamten Pflegelandschaft können durch 5 Faktoren mit einer erklärten Gesamtvarianz von 81% beschrieben werden (s. Anlage Tab. III-11). Die ersten drei Faktoren beschreiben hinreichend gut die drei prinzipiell möglichen Versorgungssituationen der Pflegebedürftigen: im Pflegeheim, Versorgung durch ambulante Pflegedienste und private/häusliche Versorgung. Die Unabhängigkeit der Gruppen ist demnach hoch und nicht substituierbar. Da das Ergebnis ähnlichen inhaltlichen Einschränkungen unterliegt wie die Inanspruchnahme, erfolgt die Auswahl unter Berücksichtigung inhaltlich/sachlicher Anforderungen an den Auswahlindikatorenkatalog. Aus den 26 Basisindikatoren werden 16 Auswahlindikatoren gebildet.

5.5.3 Auswahlindikatoren und Güte der Dimensionsreduktion

Mit der faktoranalytischen Indikatorenreduktion konnten aus den 166 Basisindikatoren insgesamt 73 Indikatoren ausgewählt werden. Die Box&Whisker-Analyse in Abb. 5-30 visualisiert diese Auswahlindikatoren [PLI-Auswahl], die in Anlage Tab. III-13 tabellarisch dargestellt sind.

Die Kontrolle bzw. Güte der Dimensionsreduktion wird aus dem Vergleich der z-Summen der Basis- und Auswahlindikatoren ersichtlich (z-Summe [PLI-Basis] und z-Summe [PLI-Auswahl]). Das Streudiagramm Abb. 5-29 beschreibt diese Kontrollgrößen. Die z-Indikatorensummen der Basis und Auswahl korrelieren sehr hoch miteinander (Korrelationskoeffizient größer 0,9). Durch die

Lage der Kreise zur Hauptdiagonalen wird die Wirkung der Indikatorenauswahl bezüglich der Gesamtbewertung durch z-Summen sichtbar. Es treten nur geringfügige Abweichungen auf. Hauptursache ist die Indikatorenreduktion in der Gruppe „Pflegeinfrastrukturindikatoren“.²⁹⁰

Aus Abb. 5-29 wird außerdem eine zusammenfassende pflegedeterminierte Gesamtbewertung der Kreise ersichtlich. Die Addition der gleichorientierten z-Indikatoren beinhaltet keine direkte Gewichtung der Indikatoren. Jedoch wirken sich die Themenkomplexe durch ihre Indikatoranzahl auf die Gesamtbewertung aus (z.B. haben 35 Pflegebedürftigenindikatoren bei der Addition ein größeres Gewicht als 12 Pflegeinfrastrukturindikatoren). Dieser erste zusammenfassende Eindruck der Pflegelandschaft zeigt ungeachtet des Gewichtungsaspektes bedeutende Merkmale:

- Alle kreisfreien Städte haben hohe positive z-Summen und damit eine grundsätzlich überdurchschnittlich „positive“ (gute) Pflegestruktur.
- Die höchsten Werte haben mit Abstand Weimar, Altenburger Land und Nordhausen, alles Kreise mit hoher stationärer Pflegekapazität.
- Die negativste z-Summe hat Sömmerda bei den Landkreisen und Suhl bei den kreisfreien Städten. Deren spezifischen Problemlagen wurde im Verlauf der vorliegenden Arbeit bereits mehrfach thematisiert.

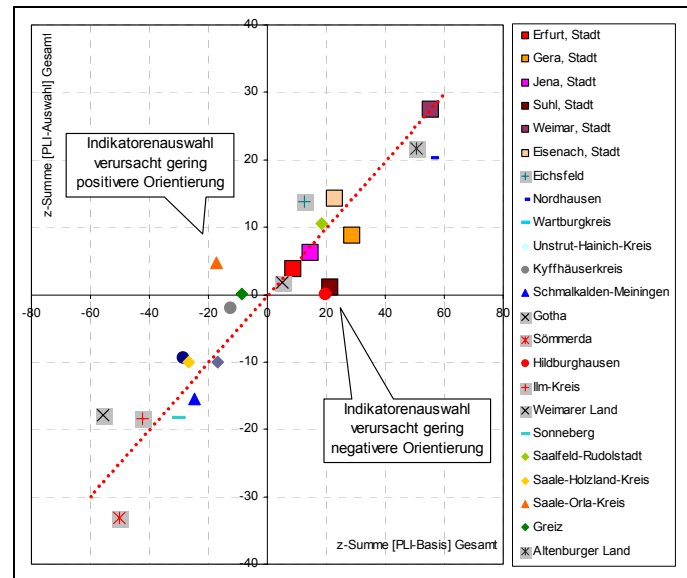


Abb. 5-29: Güte der Dimensionsreduktion (Vergleich der z-Summen [PLI-Basis] und [PLI-Auswahl])

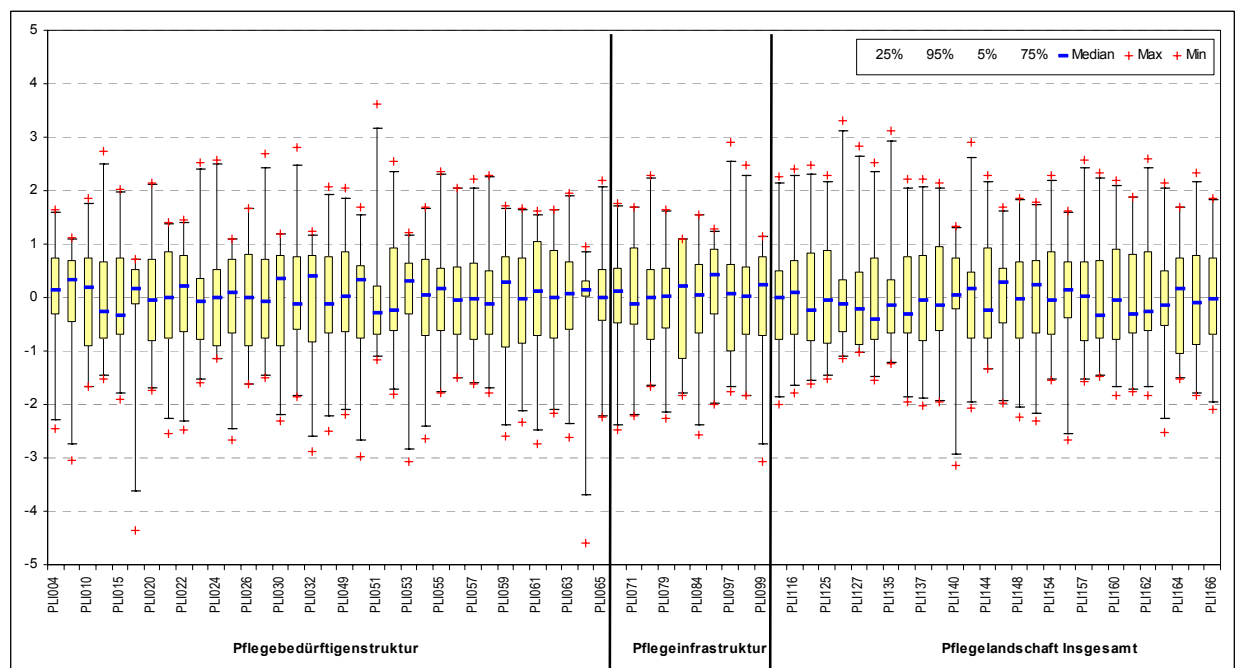
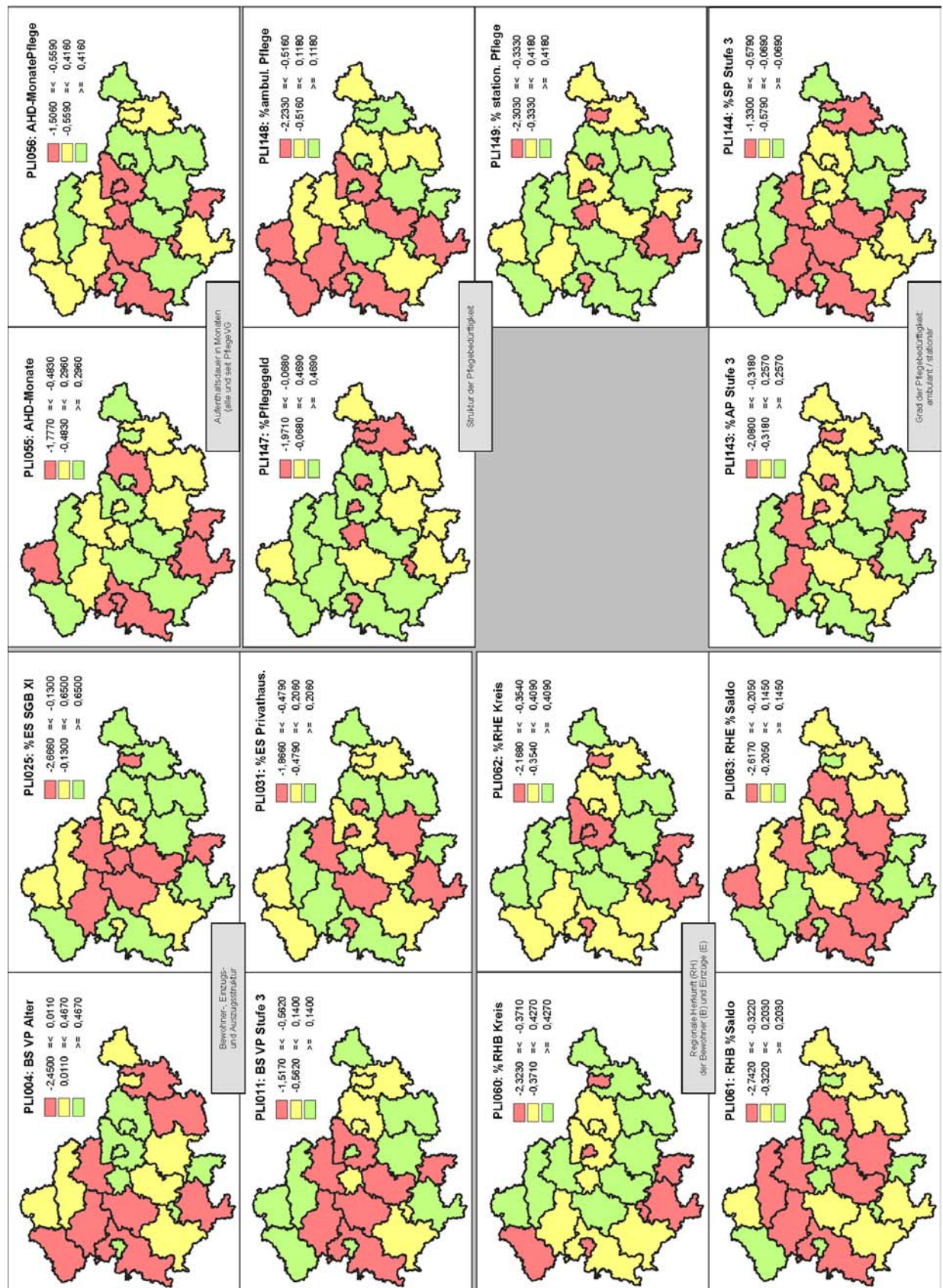


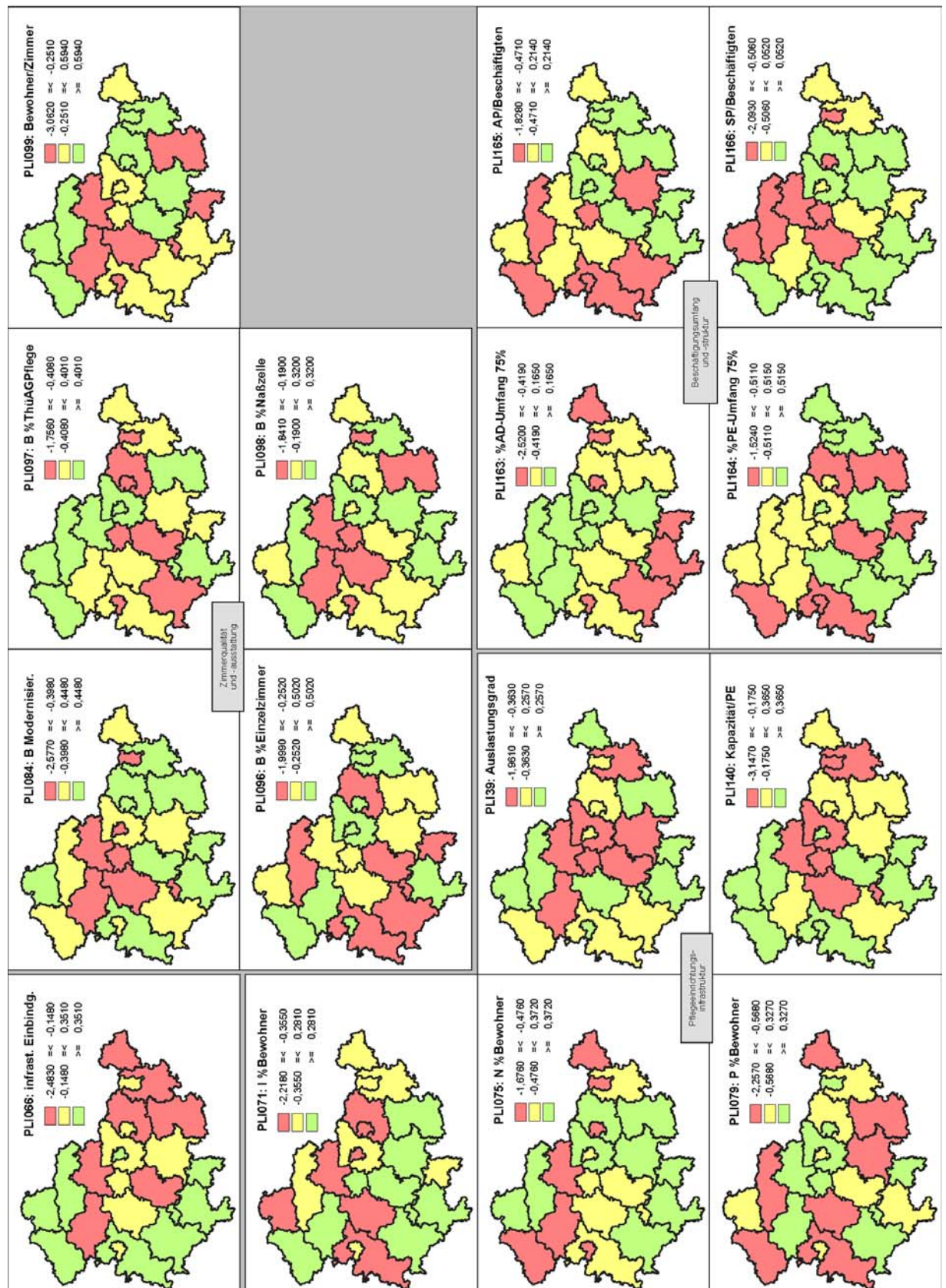
Abb. 5-30: Box&Whisker-Analyse der Auswahlindikatoren [PLI-Auswahl]

Die Topologien ausgewählter Pflegeindikatoren visualisieren Karte 5-17, Karte 5-18 und Karte 5-19. Die drei Intervallgruppen der standardisierten Indikatorwerte markieren jeweils die Lage der Kreise zueinander. So werden für die Indikatoren einheitlich und vergleichbar die Kreisbewertungen nach überdurchschnittlich, durchschnittlich und unterdurchschnittlich leicht ablesbar.

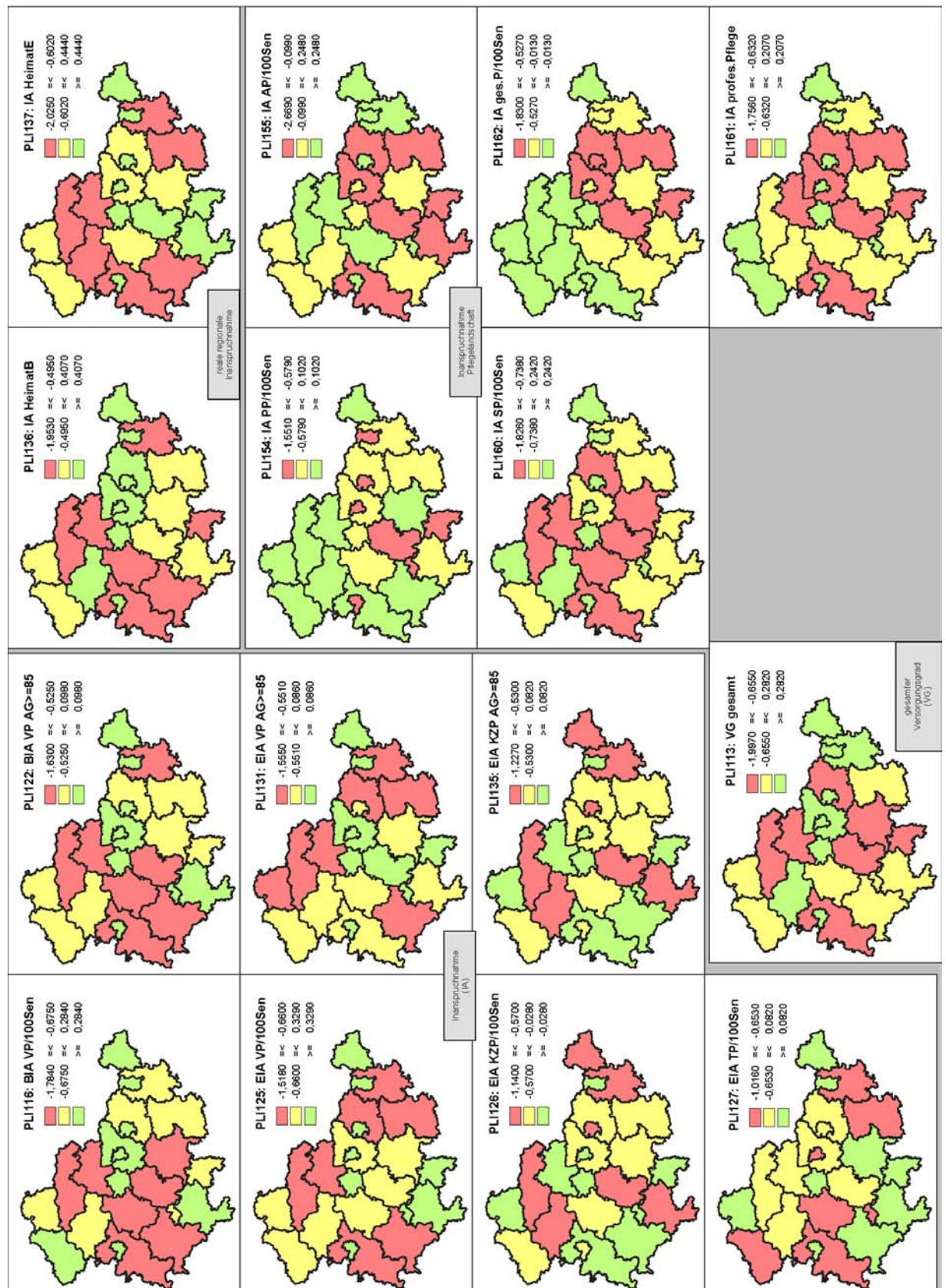
²⁹⁰ Der Korrelationskoeffizient der z-Summen „Pflegeinfrastrukturindikatoren“ liegt bei „nur“ 0,75.



Karte 5-17: Topologie ausgewählter standardisierter Pflegelandschaftsindikatoren [PLI] - Teil 1



Karte 5-18: Topologie ausgewählter standardisierter Pflegelandschaftsindikatoren [PLI] - Teil 2



Karte 5-19: Topologie ausgewählter standardisierter Pflegelandschaftsindikatoren [PLI] - Teil 3

5.5.4 Korrelationsanalyse der Indikatorenauswahl [PLI-Auswahl]

Die Interdependenzen innerhalb der Pflegeindikatoren visualisiert die Matrixdarstellung der Streudiagramme ausgewählter Pflegeindikatoren Abb. 5-31. Im Vergleich zu den Einflussindikatoren (s. Abb. 4-10) sind hier keine wesentlichen clusterartigen Trennungen in Landkreise und kreisfreie Städte festzustellen. Bemerkenswert sind nicht nur deutliche Strukturbildungen innerhalb eines unkorrelierten „Sternenhimmels“, sondern ein charakteristisches Auftreten einzelner Singularitäten (Ausreißergruppen). Diese Zusammenhänge sind weniger linear korrelationsanalytisch, als mehr clusteranalytisch zu untersuchen. Eine korrelationsanalytische Untersuchung nach Pearson wurde dennoch durchgeführt (s. Anlage Tab. III-14), zeigt jedoch nur wenige sinnvolle Korrelationen, d.h. lineare Abhängigkeiten mit signifikanten Korrelationskoeffizienten. Weitergehende Analysen und Interpretationen sollen daher nicht vorgenommen werden, da dieser Aspekt einen eigenständigen Analyseweg innerhalb der Pflegeforschung darstellt. Wichtig ist aber, dass die höchste Korrelationskoeffizientensumme (höchste Korrelation mit allen anderen Indikatoren) auf den Indikator „Bewohneranspruchnahme: „Bewohner (VP) je 100 Senioren“ entfällt. Dieser Indikator entspricht dem bisher üblichen Sprachgebrauch im Pflege- und Altenhilfereich zur Beschreibung des Versorgungsgrades.

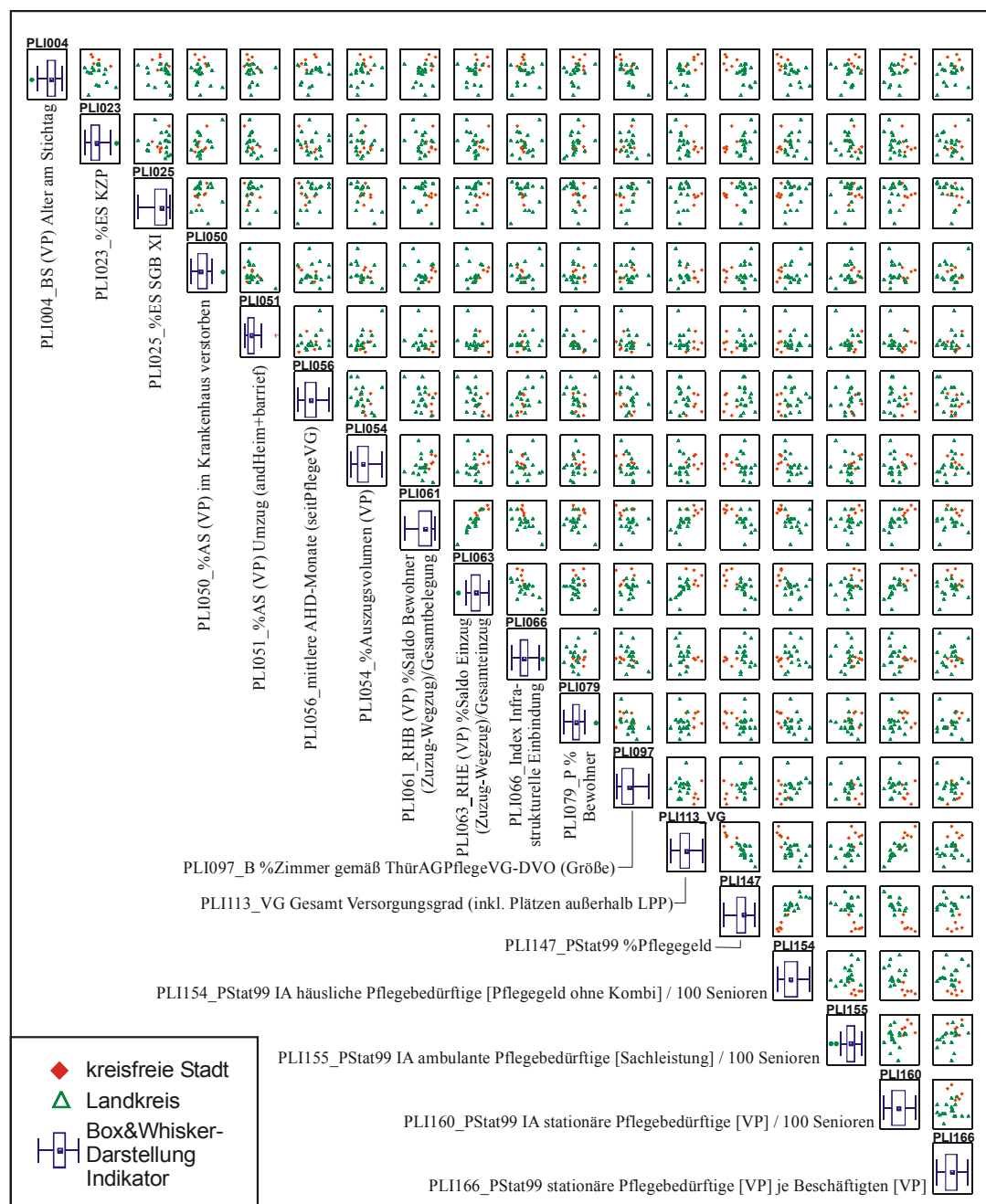


Abb. 5-31: Matrix-Streudiagramm ausgewählter Pflegeindikatoren [PLI-Auswahl]

5.5.5 Faktorenanalyse der Indikatorenauswahl [PLI-Auswahl] (Typologie)

Die Faktorenanalyse der 73 Auswahlindikatoren extrahiert aufgrund der bereits recht hohen Verdichtung insgesamt 17 Faktoren mit einer sehr hohen erklärten Gesamtvarianz von 96,3%.

Tab. 5-6: Faktorenanalyse der Auswahlindikatoren zur Pflegelandschaft [PLI-Auswahl]

Faktor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Rotierte Komponentenmatrix	professionelle/vollstationäre Struktur	KZP-Struktur	Struktur der AHD seit PflegeVG	Struktur der Gesamtinanspruchnahme	stationäre Auszugstruktur	TP-Struktur	Ambulante Pflege	un-differenziert	un-differenziert	un-differenziert	un-differenziert	un-differenziert	un-differenziert	un-differenziert	un-differenziert	un-differenziert	un-definiert
z PLI116 BIA Bewohner(VP)/100 Senio	1,0																
z PLI160 PStat99 IA stationäre Pflege	1,0			0,1		0,1	0,1										
z PLI122 BIA Bewohner(VP) AG>=85	1,0							0,1		-0,1		0,1					
z PLI149 PStat99 %stationäre Pflege	-0,9			0,3			-0,1										
z PLI113 VG GesamtVersorgungsgrad	0,9	0,2				-0,1	0,2						0,2				
z PLI136 Reale IA HeimatBewohner(V	0,9	0,2	0,2					0,3		-0,2	-0,2			0,1			
z PLI125 EIA Einzüge(VP)/100 Seniore	0,9		-0,4	-0,2				-0,2			0,1		-0,2				-0,1
z PLI161 PStat99 IA Pflegebedürftige	0,8			0,2		0,1	0,5										
z PLI158 Entwicklung IA Pflegesachlei	-0,8					-0,2	0,4				0,1	0,1	-0,1			-0,2	
z PLI147 PStat99 %Pflegegeld	-0,8			0,3			-0,4										
z PLI157 Entwicklung IA Pflegegeld (p	0,8						-0,5		-0,1	0,1			0,1				
z PLI131 EIA Einzüge(VP) AG>=85	0,8		-0,5	-0,2					0,2				-0,3				
z PLI137 Reale IA HeimatEinzüge(VP)	0,7	0,1	-0,2	-0,3	-0,2	0,2					0,1		-0,3	0,1		-0,1	
z PLI061 RHB (VP) %Saldo Bewohner	0,7		-0,4				0,1	-0,3			0,2	-0,1	0,1	-0,2		0,2	0,2
z PLI063 RHE (VP) %Saldo Einzug(Zu	0,7		-0,4	0,1		-0,1	0,2	-0,3		0,1						0,3	
z PLI037 AS (VP) Alter am Stichtag	0,6		0,3		0,2	-0,2	-0,1		0,2			-0,2	0,3	0,3	0,3	-0,1	
z PLI062 %RHE (VP) aus eigenem Kre	-0,5	0,2	0,2	-0,2	-0,3	0,4		0,3		-0,2				0,1	0,1		0,5
z PLI060 %RHB (VP) aus eigenem Kre	-0,5	0,2	0,2	0,2	-0,2	0,3		0,3		-0,2	0,2		0,2	0,2		0,1	0,4
z PLI096 B Einzelzimmeranteil	0,5	0,4		0,4		-0,1		0,3	-0,2	-0,2		-0,2	0,2		0,1	-0,1	0,3
z PLI144 PStat99 %ST Pflegestufe 3	0,5	0,1	0,4	0,3		0,1	0,2				0,4	0,2	-0,3	0,2	0,3	0,2	0,3
z PLI135 EIA Einzüge(KZP) AG>=85		-0,9	-0,3		0,1												
z PLI126 EIA Einzüge(KZP)/100 Senio		-0,9	-0,2								-0,1						-0,1
z PLI023 %ES KZP	-0,3	-0,9			0,1	-0,1				-0,1							
z PLI022 %ES VP	0,3	0,9			-0,1	-0,1				0,1							
z PLI030 %ES (VP) Selbstzahler		-0,5		0,2	0,2	-0,3	0,1	-0,2	0,3			0,4	0,2	0,1	-0,3	-0,4	
z PLI084 B Modernisierungsgrad (DP+	-0,1	0,5	0,2	-0,2	0,2	0,3	-0,2	-0,3	0,3	0,4	0,3		0,3	0,1	-0,1	-0,2	
z PLI015 %BS (VP) Selbstzahler	0,3	-0,4	-0,4		0,2		0,3	-0,1		0,3	-0,2				-0,1	-0,3	0,2
z PLI058 %AHD bis 1 Jahr (seitPflege)	-0,1		1,0														
z PLI056 mittlere AHD-Monaten (seitP	-0,2	0,2	0,9		-0,1	0,2			0,1				-0,1			0,1	
z PLI066 Index Infrastrukturelle Einbin	0,2		-0,6		0,3			-0,2	-0,1	0,3	0,4		0,2	-0,2	-0,1	0,2	0,1
z PLI054 %Auszugsvolumen (VP)			0,5	0,5	0,5	-0,2		0,2	-0,2	0,1		-0,1	0,1				0,2
z PLI025 %ES SGB XI			0,5	0,3	0,2		0,2	0,1	-0,3	0,4	0,4	0,3	0,1	0,1			
z PLI166 PStat99 stationäre Pflegebed		0,2	0,4	-0,3	0,4	-0,1	-0,3	-0,2		0,2	0,4				0,2	0,2	
z PLI083 ZO %Bewohner	0,3	-0,2	-0,4	-0,3	0,2	0,1	0,4	0,2			0,1	-0,3	-0,3	0,2	-0,3	-0,1	-0,2
z PLI162 PStat99 IA Gesamt Pflegebe				1,0		0,1											
z PLI154 PStat99 IA häusliche Pflege	-0,6			0,8			-0,2										
z PLI165 PStat99 ambulante Pflegebed	0,4	0,1		-0,6		-0,1		-0,2	-0,1		-0,3			0,2		-0,3	0,3
z PLI011 %BS (VP) Pflegestufe 3 (+Hf	0,3	0,2	0,3	0,4		0,2	0,2	-0,1	0,2	0,4	0,2	-0,2	-0,1	0,3	0,2	0,3	
z PLI055 mittlere AHD-Monaten (alle)		0,2	0,2		-0,9	-0,1		0,2						-0,2			0,2
z PLI059 %Auszüge (seitPflegeVG) an	-0,1	-0,3	-0,1	0,2	0,7		0,1	-0,2	-0,3		0,2	0,1	-0,1		-0,1		
z PLI051 %AS (VP) Umzug (and-Heim	-0,1	0,3		-0,2	-0,7	0,1		-0,2		-0,2	0,1	0,2	-0,4				-0,2
z PLI057 %AHD bis 1 Jahr (alle)		0,3	0,6	-0,1	-0,6			0,2	0,3		-0,1		0,1		0,1		
z PLI024 %ES TP		0,2		0,1		0,9											
z PLI127 EIA Einzüge(TP)/100 Seniore	0,2					0,9		-0,1		-0,1							
z PLI007 %BS VP		0,4				-0,8		0,2		-0,1				0,1			
z PLI155 PStat99 IA ambulante Pflege	0,2			0,3			0,9									-0,1	
z PLI148 PStat99 %ambulante Pflege	0,2			-0,4			0,9	-0,1									
z PLI163 PStat99 %AD Beschäftigung		-0,2		0,2		-0,2	-0,1	0,9				0,1		0,1		0,2	
z PLI139 PStat99 Auslastungsgrad VP	0,2				0,4	0,2		-0,8	-0,2	0,1							
z PLI099 B Bewohner pro Zimmer99		0,3	0,3		-0,3			0,6	-0,2	0,2	0,3				-0,2	-0,3	
z PLI052 %AS (VP) Rückkehr in Privat	0,1	0,2	-0,2		0,3	0,3	-0,3	0,5	-0,2	-0,1			-0,2				0,4
z PLI019 ES (VP) Alter am Stichtag					-0,3		0,3	0,1	0,8			0,2			0,2		0,1
z PLI164 PStat99 %ST Beschäftigungs			-0,2			0,1	0,4	0,3	-0,7	0,2	-0,1			-0,1	0,1		
z PLI097 B %Zimmer gemäß ThürAGF			-0,2	0,2	0,3	-0,2	-0,2		-0,7	0,3		0,2	-0,1	0,2	-0,2		0,3
z PLI004 BS (VP) Alter am Stichtag	0,4		0,1	-0,3		0,2	0,1	0,1	0,7	0,2	-0,2		0,1	-0,1			
z PLI098 B %Zimmer mit Naßzelle und				-0,1					-0,1	0,9			0,2				
z PLI065 V-Eigenversorgungsquote (R	0,1			-0,1	-0,1	0,1		-0,3	0,1	-0,6	0,5	-0,2		-0,1	0,3	-0,2	
z PLI010 %BS SGB XI	-0,1	0,1		0,5	0,3	0,3	0,2	-0,1	-0,2	0,5					0,1		-0,2
z PLI140 PStat99 ST durchschnittliche	-0,1	0,2		0,3	0,3	0,1	-0,3	-0,3	0,2	0,5	0,1		-0,2	-0,1			0,1
z PLI021 ES (TP) Alter am Stichtag	-0,2	0,4	0,2	-0,3	-0,2	0,2	-0,2		0,3	0,4	0,2	0,4			0,2		
z PLI143 PStat99 %AD Pflegestufe 3	-0,4	0,2		0,2				0,3		0,7	0,1			0,2			
z PLI026 %ES (VP) Pflegestufe 3 (+Hf	0,3	0,2		0,2	0,2	-0,1	-0,2	-0,1	-0,2		0,6	0,1	0,2	0,2	0,4		
z PLI032 %ES (KZP) ausPrivathausha		0,2	0,1	0,1	-0,1			0,2		-0,1	0,1	0,8		0,2	0,2		
z PLI075 N %Bewohner	-0,3	0,1	0,3	-0,3	0,4		-0,2			0,2		0,6		-0,1	-0,2	0,2	
z PLI031 %ES (VP) ausPrivathaushalt	-0,2	-0,4	-0,1						0,3	0,3	-0,2	0,5	0,1			0,4	-0,4
z PLI079 P %Bewohner	0,3	-0,4	-0,1	-0,3	-0,1			0,2			-0,3	-0,4	0,3	-0,1		-0,2	-0,1
z PLI049 %AS (VP) inEinrichtung vers	0,2				0,2					0,2			0,9				
z PLI050 %AS (VP) imKrankenhaus ve		0,4		-0,2	-0,5	0,2	-0,1				0,2	0,1	0,6				
z PLI053 %AS (KZP) Rückkehr in Priv	0,2		0,2				-0,1	-0,1	0,1		0,3			0,9	-0,2	-0,1	0,1
z PLI064 V-Beziehungen (%Saldo RHB	0,2	0,1	-0,2									0,1	-0,2	0,8			
z PLI027 %ES (KZP) Pflegestufe 3 (+H			0,1						0,1	-0,1	0,1	0,1		-0,1	0,9		
z PLI071 I-Prog %Bewohner							-0,2				0,1		0,2			0,9	
z PLI020 ES (KZP) Alter am Stichtag	0,4	0,3	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,2	0,1	0,1				-0,3		-0,1	-0,4	0,4
Rotierte Summe der quadrierten Ladung	14,5	6,3	5,3	4,5	4,4	4,0	3,9	3,7	3,5	3,2	2,9	2,7	2,6	2,3	2,3	2,2	1,9
Prozent der Varianz	19,8	8,7	7,3	6,2	6,1	5,5	5,4	5,0	4,8	4,4	4,0	3,7	3,6	3,2	3,1	3,1	2,6
Kumulierte Prozent	19,8	28,5	35,8	42,0	48,1	53,6	58,9	63,9	68,7	73,1	77,1	80,7	84,3	87,5	90,6	93,7	96,3

(Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse; Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung)

Die extrahierten Faktoren unterscheiden sich beachtlich in ihrer erklärenden Varianz und Interpretierbarkeit. Die ersten 7 Faktoren sind relativ eindeutig durch Indikatoren definiert und haben zusammen eine erklärte Gesamtvarianz 68% (bzw. in der rotierten Lösung 59%). Gemäß dem Ladungsmuster aus Tab. 5-6 sind die Faktoren generalisiert folgendermaßen zu charakterisieren:

- Faktor 1 professionelle bzw. vollstationäre Pflegestruktur
- Faktor 2 Kurzzeitpflegestruktur
- Faktor 3 Struktur der Aufenthaltsdauer seit PflegeVG
- Faktor 4 Struktur der Gesamtinanspruchnahme
- Faktor 5 stationäre Auszugsstruktur
- Faktor 6 Tagespflegestruktur
- Faktor 7 Ambulante Pflegestruktur

Die restlichen 10 Faktoren laden entweder auf nur einen oder auf inhaltlich nicht kombinierbare Indikatoren hoch und eignen sich dementsprechend nicht für eine sinnvolle Interpretation.

Grau markierte Indikatoren in Tab. 5-6 laden auf keinen der Faktoren hoch. Die Faktoren bilden diese Indikatoren gar nicht bzw. unzureichend ab. Darunter befinden sich aber für die Pflegeplanung wichtige Indikatoren. Diese Indikatoren und die Indikatoren, die zwar auf einen der restlichen 10 Faktoren hoch laden, aber damit ebenfalls nicht hinreichend interpretierbar sind, gliedern sich in eindeutige thematische Gruppen:

- Altersstruktur der Pflegebedürftigen,²⁹¹
- Pflegebedürftigenanteil in der stationären Pflege (SGB XI Auslastungsgrad),²⁹²
- Grad der Pflegebedürftigkeit,²⁹³
- Anteil der Sozialhilfeempfänger in der stationären Pflege,²⁹⁴
- Aspekte der Einzugs- und Auszugsstruktur bzw. Art und Grund der Pflege,²⁹⁵
- regionale Herkunft der Bewohner und daraus resultierende Eigenversorgungsquoten,²⁹⁶
- bauliche Struktur und Qualität der Pflegeinfrastruktur²⁹⁷
- und mit Einschränkungen die stationäre Beschäftigtenstruktur.²⁹⁸

Damit ist das Ergebnis der Faktorenanalyse aus empirischer Sicht zwar durchaus positiv zu bewerten, aber unter inhaltlichen Kriterien kann tatsächlich nur die Hälfte der Indikatoren anhand von Faktoren erklärt werden. Die ersten 7 Faktoren mit einem hohem Varianzanteil zeigen eindeutig typische allgemeine Pflegestrukturindikatoren. Mit abnehmender Allgemeingültigkeit der Pflege – die prinzipiell bei allen Menschen unabhängig ihres Wohnortes gleich ist – nimmt auch der Varianzanteil der weiteren Faktoren ab und die Anzahl nur gering erklärter Indikatoren zu.

- Regionale Gegebenheiten bewirken Unterschiede in der Altersstruktur und dem Grad der Pflegebedürftigkeit, die faktoranalytisch nicht zusammengefasst werden können.

²⁹¹ Indikatoren: [PLI004_BS (VP) Alter am Stichtag], [PLI019_ES (VP) Alter am Stichtag], [PLI020_ES (KZP) Alter am Stichtag], [PLI021_ES (TP) Alter am Stichtag] und [PLI037_AS (VP) Alter am Stichtag].

²⁹² Indikatoren: [PLI010_%BS SGB XI] und [PLI025_%ES SGB XI].

²⁹³ Indikatoren: [PLI011_%BS (VP) Pflegestufe 3 (+HF)], [PLI026_%ES (VP) Pflegestufe 3 (+HF)], [PLI027_%ES (KZP) Pflegestufe 3 (+HF)], [PLI143_PStat99 %AD Pflegestufe 3] und [PLI144_PStat99 %ST Pflegestufe 3].

²⁹⁴ Indikatoren: [PLI015_%BS (VP) Selbstzahler] und [PLI030_%ES (VP) Selbstzahler].

²⁹⁵ Indikatoren: [PLI031_%ES (VP) aus Privathaushalt], [PLI032_%ES (KZP) aus Privathaushalt], [PLI049_%AS (VP) in Einrichtung verstorben], [PLI050_%AS (VP) im Krankenhaus verstorben], [PLI052_%AS (VP) Rückkehr in Privathaushalt] und [PLI053_%AS (KZP) Rückkehr in Privathaushalt].

²⁹⁶ Indikatoren: [PLI060_%RHB (VP) aus eigenem Kreis], [PLI062_%RHE (VP) aus eigenem Kreis], [PLI064_V-Beziehungen (%Saldo RHE/RHB) und [PLI065_V-Eigenversorgungsquote (RHE/RHB eigener Kreis)].

²⁹⁷ Indikatoren: [PLI071_I-Prog %Bewohner], [PLI075_N %Bewohner], [PLI079_P %Bewohner], [PLI083_ZO %Bewohner], [PLI084_B Modernisierungsgrad (DP+KZP/PlätzeHeimG)], [PLI096_B Einzelzimmeranteil], [PLI097_B %Zimmer gemäß ThürAGPflegeVG-DVO (Größe)], [PLI098_B %Zimmer mit Nasszelle und besser], [PLI099_B Bewohner pro Zimmer99] und [PLI140_PStat99 ST durchschnittliche Kapazität je PE].

²⁹⁸ Indikatoren: [PLI164_PStat99 %ST Beschäftigungsumfang von über 75%] und [PLI166_PStat99 stationäre Pflegebedürftige (VP) je Beschäftigt].

- Stärker ausgeprägt sind regionale Unterschiede (zur Zeit noch) bei der baulichen Qualität und Struktur der Pflegeeinrichtungen sowie beim SGB XI Auslastungsgrad.
- Am wenigsten werden Indikatoren durch die extrahierten Faktoren dargestellt, die eine regionstypische Ausprägung bereits in der Beschreibung der Pflegelandschaft Thüringens zu Beginn dieses Abschnittes zeigten. Hierzu gehört eindeutig die übernommene bzw. abgegebene Versorgungsfunktion.
- Aber auch der Selbstzahleranteil in den Pflegeheimen (und im Rückschluss der Anteil der Sozialhilfeempfänger) ist auf regional unterschiedlich vererbte „Vorpflegeversicherungsstrukturen“ und die regionale wirtschaftliche Situation zurückzuführen.

Das Ergebnis bestätigt die These, dass die Pflege bzw. die hier sehr umfassend gewählten Indikatoren zur Charakterisierung der Pflegebedürftigkeit und Pflegeinfrastruktur sowohl individuenbezogen als auch raumbezogen determiniert sind. Der Individuenbezug hat zwar den höheren Stellenwert, aber die Abhängigkeit von noch näher zu analysierenden räumlichen/regionalen Gegebenheiten wurde mit der Faktorenanalyse offensichtlich.

5.5.6 Clusteranalyse der Pflegeindikatoren [PLI-Auswahl und PLI-Faktoren] (Topologie)

Mit den faktoranalytischen Erkenntnissen und im Kontext der vorliegenden Arbeit haben die Clusteranalysen zur Pflegelandschaft eine zentrale Bedeutung. Pflegedeterminierte Raumcharakteristiken – die Topologien der Pflege – sind bisher weder für Thüringen noch für andere Bundesländer erarbeitet oder gezeigt worden. Im Gegensatz dazu sind grundsätzliche demographische und raumstrukturelle Zusammenhänge und Charakteristiken der Kreise in Thüringen hinlänglich bekannt (vgl. SCHMIGALLA 1997), wenn auch nicht konkret pflegespezifisiert, wie es mit den Einflussindikatoren im vorhergehenden Kapitel 4 erfolgte.

In ähnlicher Systematik zu den Einflussindikatoren werden daher Clusteranalysen auf folgenden Grundlagen gerechnet:

1. Auswahlindikatoren [PLI-Auswahl] nach Indikatorengruppen
2. Auswahlindikatoren [PLI-Auswahl] insgesamt
3. Faktoren der Auswahlindikatoren [PLI-Auswahl]

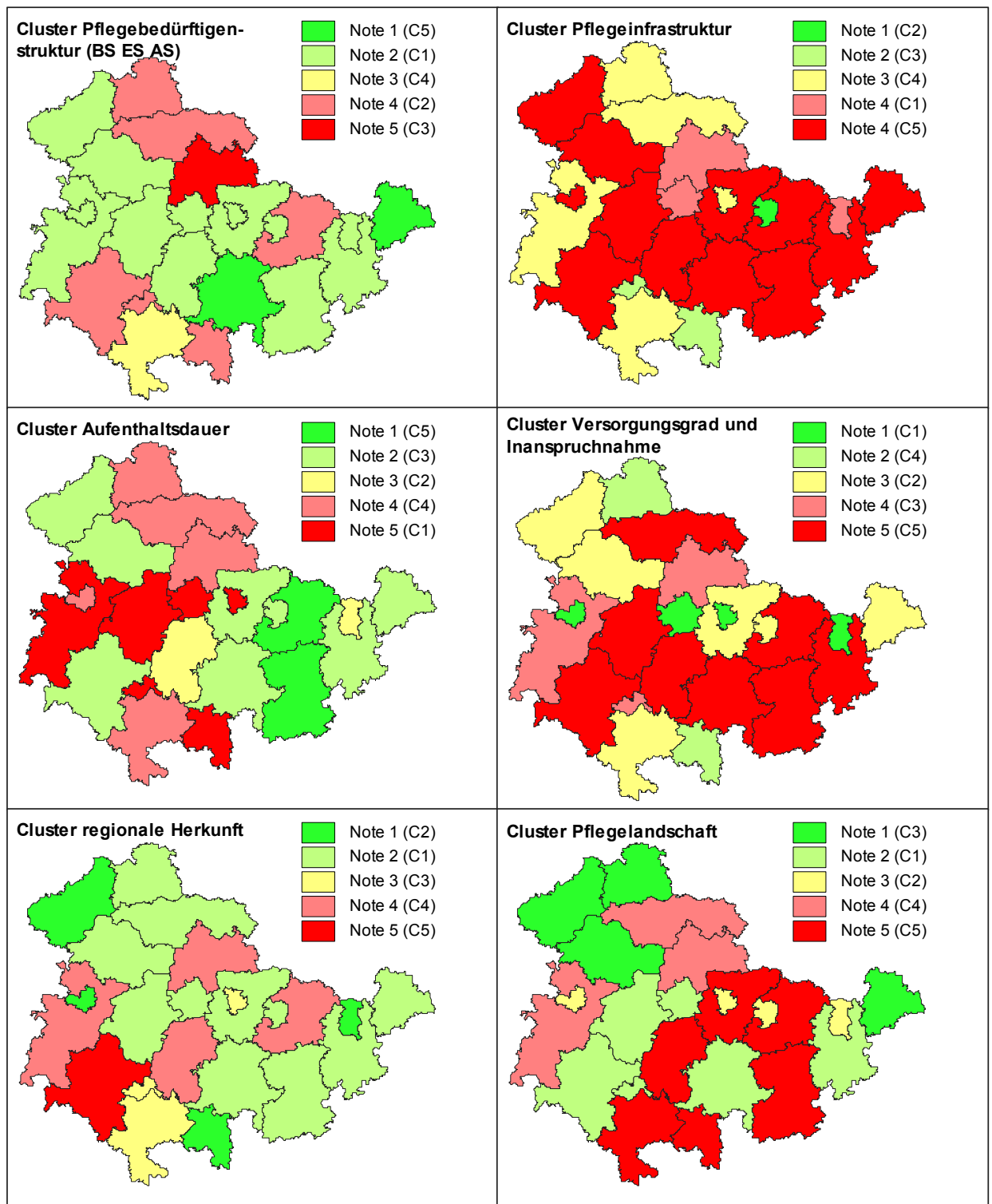
5.5.6.1 Clusteranalyse der Pflegeindikatoren nach Indikatorengruppen [PLI-Auswahl]

Für die Indikatorengruppen Pflegebedürftige, Aufenthaltsdauer, regionale Herkunft, Pflegeinfrastruktur, Versorgungsgrad/Inanspruchnahme und Pflegelandschaft insgesamt werden jeweils getrennte Clusteranalysen nach dem Ward-Algorithmus gerechnet.

Die Interpretation der Clusterergebnisse erfolgt einheitlich gemäß dem Bewertungsalgorithmus der Mittelwerte standardisierter Indikatoreausprägungen eines Clusters (positiv/negativ Orientierung: vgl. Abschnitt 3.6). Die zugrundeliegende Bewertungsmatrix der Cluster zeigt Anlage Tab. III-15 und die entsprechende Zuordnung der Kreise zu den Clustern ist in der Pflegeindikatorentabelle Anlage Tab. III-13 dargestellt.

Je Indikatorengruppe ergeben sich für die Kreise spezifische Schwächen oder Stärken, die visuell durch einheitliche Noteneinfärbung in Karte 5-20 veranschaulicht werden. Die Bewertung orientiert sich an der Situation in Thüringen insgesamt, d.h. dem Mittelwert aller Kreise. So hat z.B. das Altenburger Land im Verhältnis zu allen Kreisen Thüringens eine „*sehr gute*“ Pflegebedürftigenstruktur (Note 1 im Sinne SGB XI) aber eine „*sehr schlechte*“ Pflegeinfrastruktur (Note 5).

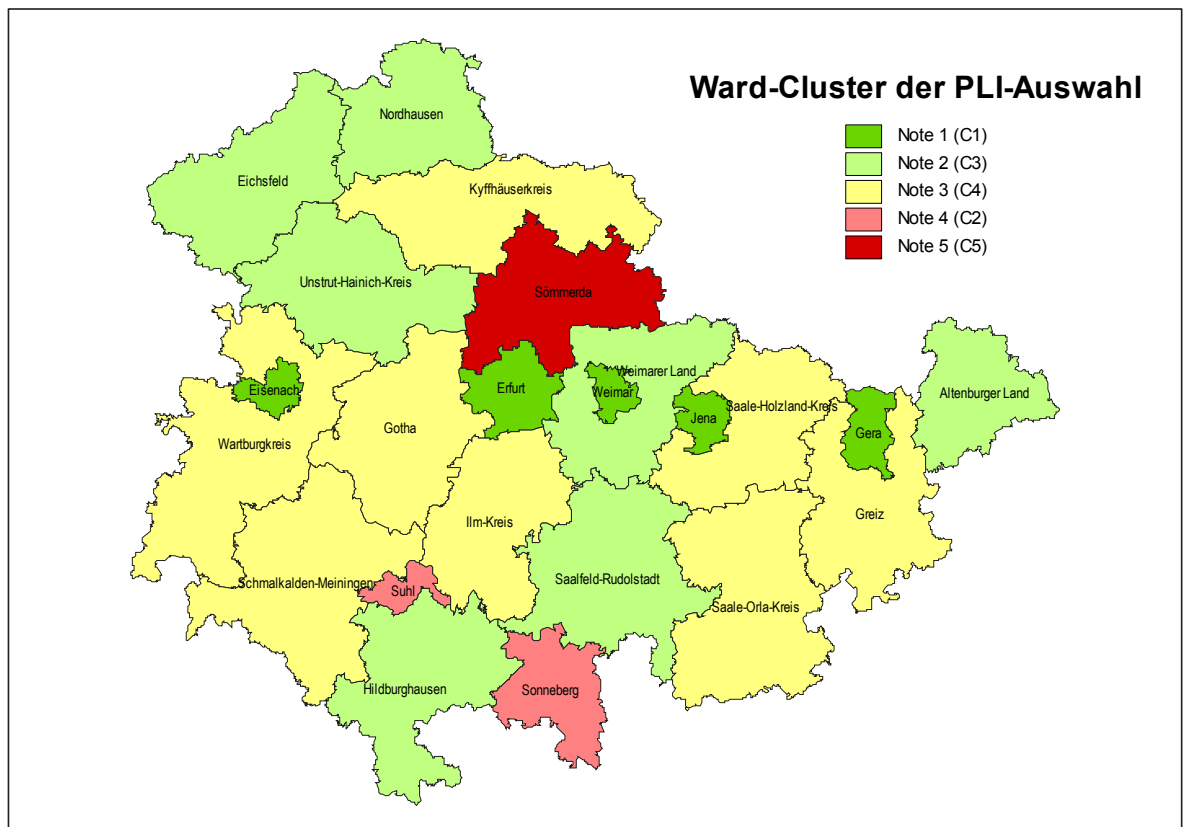
Kennzeichnend für Suhl ist hingegen eine „*gute*“ Pflegeinfrastruktur (die Note 2 ergibt sich maßgeblich durch einen Pflegeheimneubau bei insgesamt nur zwei stationären Pflegeeinrichtungen) aber verbunden mit einem „*schlechten*“ Versorgungsgrad (Note 4). Im Verhältnis zu allen Kreisen Thüringens hat die Stadt Suhl einen niedrigen Versorgungsgrad bzw. eine niedrige Inanspruchnahme stationärer Pflegeleistungen, die sich u.a. in der Übernahme von Versorgungsfunktionen anderer Kreise ausdrückt.



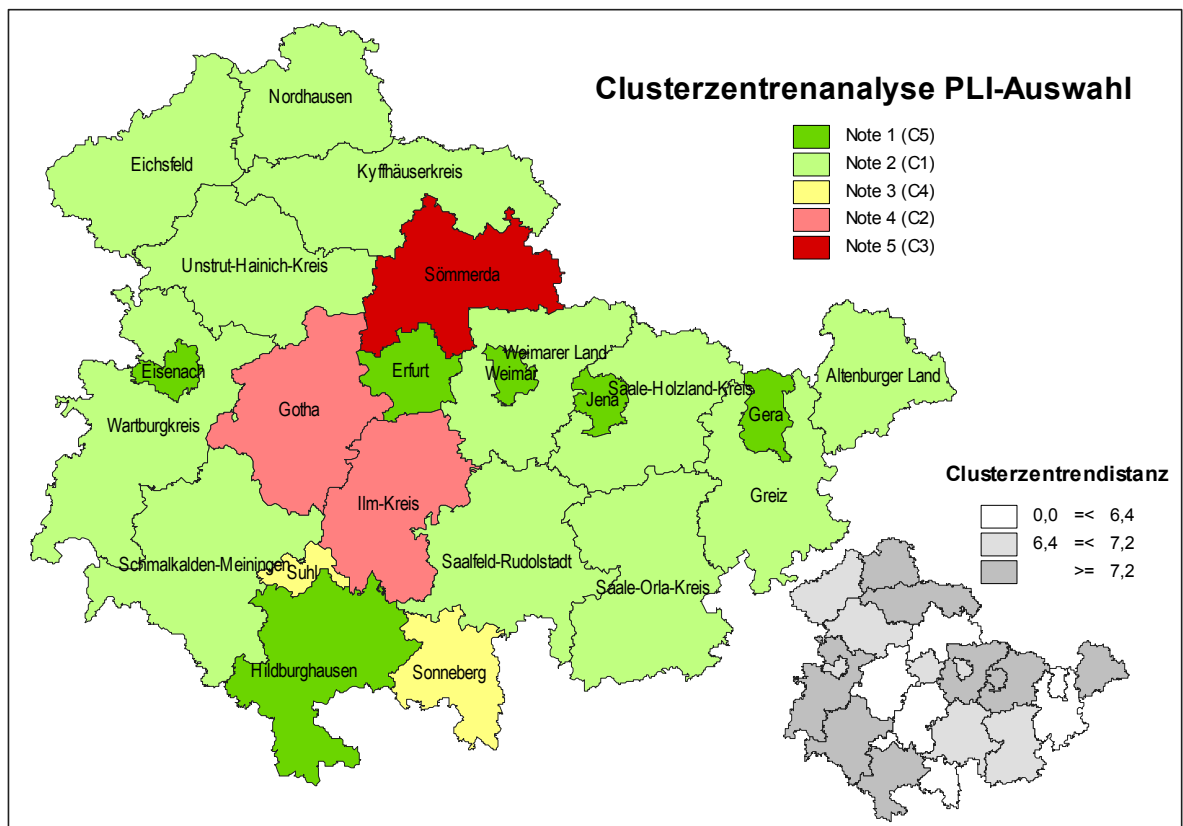
Karte 5-20: Clusterergebnis der Pflegeindikatoren nach sechs Indikatorengruppen [PLI-Auswahl] (Ward)

5.5.6.2 Clusteranalyse der Auswahlindikatoren [PLI-Auswahl]

Die Clusteranalyse aller Auswahlindikatoren der Pflegelandschaft Thüringens ist die Zusammenfassung aller Einzelergebnisse der Indikatorengruppen zu einer Gesamtopologie der Pflegelandschaft. Da die Aspekte der Pflegelandschaft durch unterschiedliche Indikatorenanzahlen beschrieben werden, enthält das Ergebnis der Clusteranalyse auch eine entsprechende Gewichtung dieser Aspekte. So sind z.B. Indikatoren zur Pflegebedürftigenstruktur stärker vertreten als zur Pflegeinfrastruktur. Diese Gewichtung entsteht zwangsläufig und ist im Sinne des Analyseschwerpunktes „pflegebedürftige Menschen“ zweckmäßig.



Karte 5-21: Topologie der hierarchischen Clusteranalyse der Pflegeindikatoren [PLI-Auswahl] (Ward)



Karte 5-22: Topologie der partitionierenden Clusteranalyse der Pflegeindikatoren [PLI-Auswahl] (k-mean)

Die Gesamtbewertung der Pflegelandschaft Thüringens ordnet z.B. das Altenburger Land mit „gut“ positiv ein (Note 2: s. Karte 5-21), obwohl hier die Pflegeinfrastruktur im Verhältnis zu allen Kreisen Thüringens „sehr schlecht“ ist (vgl. vorhergehenden Abschnitts 5.5.6.1). Ausschlaggebend

dafür ist eine überdurchschnittlich „gute“ Pflegebedürftigenstruktur (im Sinne SGB XI), Aufenthaltsdauer und regionale Herkunft. Die schlechte Pflegeinfrastruktur wird zudem durch eine „sehr gute“ Gesamtpflegestruktur (u.a. ambulante Pflege) kompensiert (vgl. Teilergebnisse Karte 5-20). Die Gesamttopologie der Pflegelandschaft in Thüringen gliedert sich in drei große Gruppen:

1. Alle kreisfreien Städte erhalten eine „sehr gute“ Gesamtbewertung (Ausnahme Suhl).
2. Die eine Hälfte der Landkreise wird mit „gut“ und die andere mit „befriedigend“ bzw. „durchschnittlich“ bewertet.
3. Eine „schlechte“ Gesamtbewertung erfahren Suhl und Sonneberg sowie Sömmerda mit einer „sehr schlechten“ Gesamtbewertung.

Hintergrund der positiven Bewertung kreisfreier Städte ist die allgemein hohe Versorgungssituation mit entsprechend hoher Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen sowie relativ guter/ausgewogener Pflegebedürftigenstruktur. Die drei negativen Bewertungen reflektieren jeweils spezifische Problemlagen. So hat Suhl z.B. nur einen Pflegeheimneubau bei insgesamt zwei stationären Pflegeeinrichtungen, Sömmerda nur einen Träger der stationären Pflegeinfrastruktur und Sonneberg eine relativ „schlechte/ungünstige“ Pflegebedürftigenstruktur (zweit kürzeste Aufenthaltsdauer in Thüringen). Das Beispiel Sonneberg mit dem zweithöchsten Modernisierungsgrad stationärer Pflegeplätze (also einer „guten“ Pflegeinfrastruktur), aber u.a. einer sehr kurzen Aufenthaltsdauer, verdeutlicht die hohe Abstrahierungsstufe des topologischen Gesamtergebnisses.

Um zu klären, ob dieses Ergebnis der Clusteranalyse nach dem Ward-Algorithmus (hierarchisch) möglicherweise von frühzeitigen Clusterzuordnungen geprägt oder überformt ist, wird mit der gleichen Indikatorenauswahl [PLI-Auswahl] eine partitionierende Clusteranalyse gerechnet (Karte 5-22). Die Unterschiede werden aus dem Vergleich beider Karten deutlich.

Das partitionierende Clusterverfahren generiert in jedem Schritt die Clusterzentren entsprechend der Kreiszuordnungen neu und prüft die optimale Zuordnung der Kreise anhand ihrer Distanzen zum Clusterzentrum. Die Kreise werden dadurch iterativ optimalen Clusterzentren um- und zugeordnet. Diese Zuordnungen unterscheiden sich zum Ward-Ergebnis durch eine Verschiebung der Note 3 zu 2 und einem Vertauschen der Note 4 und 3. Sonneberg und Suhl erhalten dadurch eine bessere Bewertung (von Note 4 zu Note 3) und umgekehrt werden der Ilm-Kreis und Gotha schlechter bewertet (von Note 3 zu Note 4). Das zunächst visuell ungleiche Ergebnis ist bei genauerer Betrachtung dennoch dem Ergebnis der Clusteranalyse nach dem Ward-Algorithmus ähnlich:

- Alle kreisfreien Städte bilden die Gruppe der besten Bewertung (Ausnahme Suhl).
- Die überwiegende Anzahl der Landkreise wird mit „gut“ bewertet.
- Sömmerda erhält die schlechteste Bewertung aller Kreise.

Unterschiedlich zugeordnet werden nur vier Kreise: Suhl und Sonneberg besser, Gotha und Ilm-Kreis schlechter. Auf die sehr unterschiedlichen Zuordnungsgründe durch verschieden stark besetzte Indikatorengruppen wurde bereits eingegangen. Zusammenfassend entspricht das partitionierende Clusterergebnis nur einer Verfeinerung der Clusterzentren und damit der Indikatorengruppen: Der Ilm-Kreis und Gotha sind strukturell ähnlicher und bilden ein „negativeres“ Clusterzentrum als es Suhl und Sonneberg jeweils einzeln beim hierarchischen Ward-Algorithmus aufweisen.

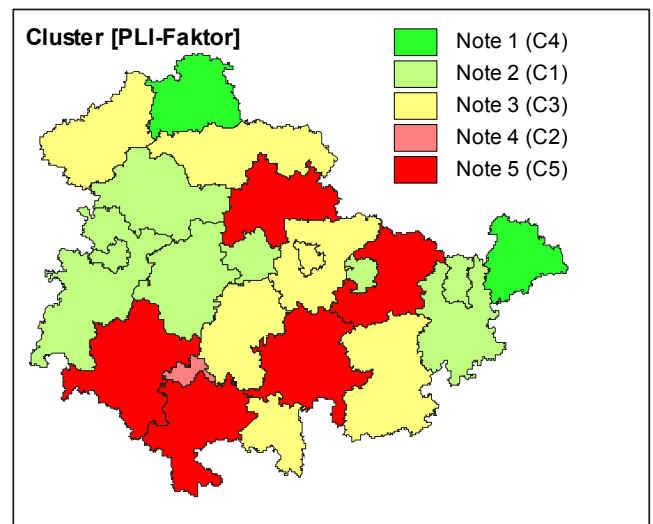
5.5.6.3 Clusteranalyse der Faktoren der Auswahlindikatoren [PLI-Faktoren]

Die Clusteranalyse der Faktoren ([PLI-Faktoren] aus Abschnitt 5.5.5) schließt zwar Beeinflussungen durch Korrelationen in der Datenstruktur aus, jedoch waren auch einige Indikatoren und insbesondere ganze Indikatorengruppen inhaltlich nicht durch die Faktoren substituierbar. Mit der Clusteranalyse der Faktoren können daher Kreisähnlichkeiten, die zu einem gemeinsamen Cluster aufgrund mehrerer korrelierender Indikatoren führen, vermieden werden. Eine abschließende Gesamttopologie der Pflege ist damit aber nicht gegeben. So sind z.B. Erkenntnisse der räumlichen Versorgungsverflechtungen bei den Faktoren eindeutig unterrepräsentiert.

Das Ergebnis ist zudem eine rein rechnerische Bewertungstopologie der Kreise, da ein Teil der extrahierten Faktoren entweder nur einen Indikator hoch lädt oder inhaltlich nicht zu interpretieren ist. So werden nicht die Faktoren für die Bewertung herangezogen, sondern – analog der vorhergehenden Clusteranalysen – die Indikatorwerte eines Clusters (Mittelwert) bewertet.

Die topologische Darstellung dieses hierarchischen Clusterergebnisses zeigt Karte 5-23 und ist nur ein methodischer Annäherungsversuch an eine einheitliche und ausgeglichene Gesamtbewertung der Pflegelandschaft Thüringens. Schwerpunkt ist dabei die ausgeglichene (neutralisierte) Bewertung, d.h. die implizierte Gewichtung durch die Indikatorenauswahl wird aufgehoben.

Diese Topologie zeichnet wiederum die aus vorhergehenden Analysen bekannten Strukturen nach: Fünf Kreise haben mit der negativsten Bewertung danach die größten Herausforderungen. Zu dieser Gruppe gehört nach wie vor Sömmerda. Nur zwei Kreise schneiden sehr gut ab. Das sind das Altenburger Land und Nordhausen aufgrund einer überdurchschnittlich positiven stationären Pflegebedürftigenstruktur, die mit dem 1. Faktor abgebildet wird.



Karte 5-23: Topologie der hierarchischen Clusteranalyse der Pflegelandschaftsfaktoren [PLI-Faktoren] (Ward)

Aufgrund der Faktordefinition ist dieses rechnerische Ergebnis aber weder zielführend noch praxisrelevant für die Planung. Es veranschaulicht aber die Bedeutung der regionsspezifischen Problemfokussierung, wie sie in Karte 5-20 mit Detailanalysen zur Pflegelandschaft vollzogen wurde.

5.6 Pflegesituation / Pflegeindikatoren

Die Topologie der Pflegelandschaft Thüringens zeigt sich verhältnismäßig eindeutig und insgesamt relativ ausgewogen. Diese gute Gesamtbewertung ist auch ein Ergebnis der Landespflegeplanung und des Sonderinvestitionsprogramms nach Artikel 52 PflegeVG. Die spezifischen Problemlagen einiger Kreise sind entweder auf die Qualität der Pflegeinfrastruktur (unterdurchschnittlich vertreten im Sonderinvestitionsprogramm) oder die spezifische (Problem)Situation der Pflegebedürftigen (z.B. niedrige Aufenthaltsdauer oder hoher Pflegegrad) zurückzuführen.

Eine Dimensionsreduzierung auf zentrale Faktoren oder Stellvertretergrößen einzelner Themengruppen führt nur zu geringem Erklärungsgewinn. Undifferenziertheit und regionale Unschärfe kennzeichnen die Faktoren. So ist auch das Ergebnis der Clusteranalyse der Faktoren unzureichend. Die Ergebnisse der Clusteranalyse nach Indikatorengruppen zeigen hingegen charakteristische Topologien, die in den Detailbetrachtungen den tatsächlichen Problemen z.B. der Pflegeinfrastruktur in den Kreisen am nächsten kommt. Hieraus sind die präzisesten Ergebnisse abzuleiten.

Diese spezifisch regionale Pflegesituation wird deutlich, wenn die Ergebnisse der Faktorenanalyse ([PLI-Faktoren] aus Abschnitt 5.5.5) für eine weitere Indikatorenreduktion genutzt werden. Das entsprechende Ladungsmuster der Faktoren weist 34 Indikatoren aus, die entweder die einzige Ladung eines Faktors repräsentieren oder durch keinen Faktor hinreichend gut erklärt werden können. Sie sind gewissermaßen der Kern einer regionalen Differenzierung der Pflegelandschaft. Aus den Extrempositionen dieser „Kernindikatoren“ wird z.B. ersichtlich, dass Sonneberg den geringsten Anteil pflegebedürftiger Personen unter den Einzügen im Vergleich zu allen Kreisen Thüringens hat (rd. 10 Prozentpunkte unter dem Mittelwert der Kreise). Stationäre Pflegeeinrichtungen im Landkreis Sonneberg nahmen im Zeitraum 1998/1999 rd. 15% nichtpflegebedürftige Personen auf (vgl. Abschnitt 5.2.3.3). Diese Situation widerspricht den Zielen der Pflegeversicherung und wird im Indikatorenmodell der vorliegenden Arbeit negativ bewertet.

Trotz negativer Gesamtbewertung eines Kreises können aber auch einzelne herausragend positive Bewertungen auftreten. So war die Inanspruchnahme von Kurzzeitpflegeplätzen 1999 in der Stadt Suhl mit deutlichem Abstand am höchsten (1,1 Einzüge in die Kurzzeitpflege je 100 Senioren). Im Sinne eines abgestuften Pflegenetzwerkes wird dieses hohe Kurzzeitpflegeangebot positiv bewertet. Summarisch zeigt die Pflegetopologie eine starke Betonung der Differenzierung in kreisfreie Städte und Landkreise.

6 Pflegeinterdependenzmodell Gesamtergebnis

Typologie und Interdependenzen
Topologie des Indikatorenmodells
Entwicklungstendenzen und
zukünftige Disparitäten



Manche Menschen werden deshalb nicht achtzig,
weil sie zu lange versuchen vierzig zu bleiben.

(Salvador Dali)

6 PFLEGEINTERDEPENDENZMODELL – GESAMTERGEBNIS

Mit den Erkenntnissen der Kapitel „Raumstrukturelle und soziodemographische Einflussindikatoren in Thüringen [EI]“ und „Pflegelandschaft Thüringen [PLI]“ werden die topologischen Ausprägungen der Pflegelandschaft und ihrer Einflüsse identifiziert. Dazu wird aus den Teilergebnissen I (Abschnitt 4.5) und II (Abschnitt 5.5) ein komplexes Indikatorenmodell Pflege [IMP] mit dem Ziel entwickelt, das Abhängigkeitsgeflecht der unterschiedlichsten Einfluss- (EI) und Pflegeindikatoren (PLI) zu klären und topologische Strukturen clusteranalytisch zu erfassen.

6.1 Typologie und Interdependenzen [IMP]

Mit den Interdependenzen des Indikatorenmodells wird die Typologie aus verschiedenen Perspektiven untersucht. Zunächst werden generelle Wechselwirkungen zwischen Einflussindikatoren und Pflegeindikatoren untersucht (sowohl weitestgehend unabhängig von einer regionalen Gliederung, als auch differenziert nach Landkreisen und kreisfreien Städten). Schwerpunkt der Typologie ist aber die anschließende faktoranalytische Gesamtsicht der Pflegelandschaft.

6.1.1 Korrelations- und Regressionsanalysen des Pflegemodells [IMP]

Die Interdependenzen zwischen Einflussindikatoren und Pflegeindikatoren werden anhand einer Korrelationskoeffizientenmatrix aufgeschlüsselt, die nur Korrelationen zwischen den beiden Indikatorenkomplexen darstellt (Tab. 6-1, Seite 198).²⁹⁹ Insgesamt ergeben sich 361 Korrelationen bei einem 1-prozentigen Signifikanzniveau. Zusammen mit weiteren 397 Korrelationen (Signifikanzniveau 5%) korrelieren rd. 23% aller möglichen Indikatorenkombinationen (EI / PLI).

Bezeichnenderweise vereint der Indikator *Hochbetagtenanteil an den Senioren* [EI003] die meisten Korrelationen mit den Pflegelandschaftsindikatoren und hat eine der niedrigsten Korrelationskoeffizientensummen. Mit höherem *Hochbetagtenanteil* steigen insbesondere die professionellen Pflegeanforderungen (professionelle Pflegeleistungsangebote u.a. der Versorgungsgrad). Bei den Pflegeindikatoren vereinen der *Anteil Pflegegeldleistungsempfänger* [PLI147] und der *Anteil stationärer Pflegesachleistungsempfänger* [PLI149] die meisten Korrelationen mit den Einflussindikatoren. Gerade die stationäre und häuslich/private Pflegestruktur wird am stärksten von der Einflussituation geprägt. So vereinen jeweils wichtige Einfluss- bzw. Pflegelandschaftsindikatoren die meisten Korrelationen in der Korrelationsmatrix.

Weitere aufschlussreiche Korrelationen ergeben sich insbesondere aus Pflegeindikatoren zur Art der professionellen Pflege (ambulant und stationär) und spezifischen Einflussindikatoren zur Zentralität, z.B. zum *Anteil Kreis-Senioren im ZO* [EI087] oder, durch gegenläufige Interdependenz akzentuiert, dem *Seniorenanteil im ländlichen Raum* [EI098]. Dieses Ergebnis weist eine hohe Bedeutung der Zentralörtlichkeit im Bezug auf die stationäre Pflegeinfrastruktur nach.

Die angestrebte Gesamtsicht der vorliegenden Arbeit macht es notwendig, eine Auswahl vorzunehmen, so dass durchaus interessante Detailanalysen hier nicht weiter dargestellt werden können. Gerade die Komplexität korrelationsanalytischer Ergebnisse und deren Interpretationsumfang werden daher an dieser Stelle nur eingeschränkt behandelt. Sie sind aber ein sehr wichtiges Teilgebiet, aus dem zukünftige Untersuchungen aufschlussreiche Informationen gewinnen können.

Exemplarisch werden im Folgenden nur ausgewählte Indikatorenkombinationen einer differenzierten linearen Regressionsanalyse unterzogen. Daraus ergeben sich grundsätzliche Tendenzaussagen und eine Ableitung prognostischer Parameter. Insbesondere für die abhängigen Indikatoren zum Versorgungsgrad und zur Inanspruchnahme werden unabhängige Indikatoren identifiziert, die einen Beitrag zur Extrapolation der zukünftigen Pflegeentwicklung leisten können.

Demographischer Einfluss

Der demographische Einfluss auf die Pflege ist evident. Die Stärke des Zusammenhangs ist sowohl für die Pflegebedürftigenstruktur als auch für die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen signifikant. Die Korrelationsmatrix macht aber deutlich, dass die Interdependenzen der Altersstruktur und Pflegebedürftigkeit nicht grundsätzlich signifikant sind. Die gesamte regionale Altersstruktur (Bi-

²⁹⁹ Die Korrelationen innerhalb der beiden Indikatorenkomplexe ([EI-Auswahl] und [PLI-Auswahl]) wurden bereits in den vorhergehenden Kapiteln dargestellt: vgl. Korrelationsmatrix [EI-Auswahl] Abschnitt 4.5.4 und [PLI-Auswahl] Abschnitt 5.5.4.

letter-Maß) ist mit der Pflege (Nutzeranteile der Pflegeinfrastruktur bzw. Pflegebedürftigen insgesamt) nur schwach korreliert. Auch der üblicherweise postulierte Zusammenhang zum **Seniorenanteil** kann nicht grundsätzlich als besonders signifikant bezeichnet werden.

Für die vorliegende Arbeit wurde ein **Seniorenaltersstruktur-Maß** entwickelt, dessen Korrelationsmuster signifikanter als andere zusammenfassende Altersstrukturmaße ist. Mit steigendem Senioren **SAS-Maß** (die Seniorenaltersstruktur wird insgesamt jünger) ist der stationäre und teilstationäre Versorgungsgrad niedriger. Umgekehrt steigt der Anteil von Pflegegeldleistungsempfängern für eine häusliche/private Pflege an. Diese Tendenzen sind in den kreisfreien Städten ausgeprägter. Ebenfalls nimmt das Durchschnittsalter der stationären Pflegeeinrichtungsbewohner erwartungsgemäß ab (Abb. 6-1).

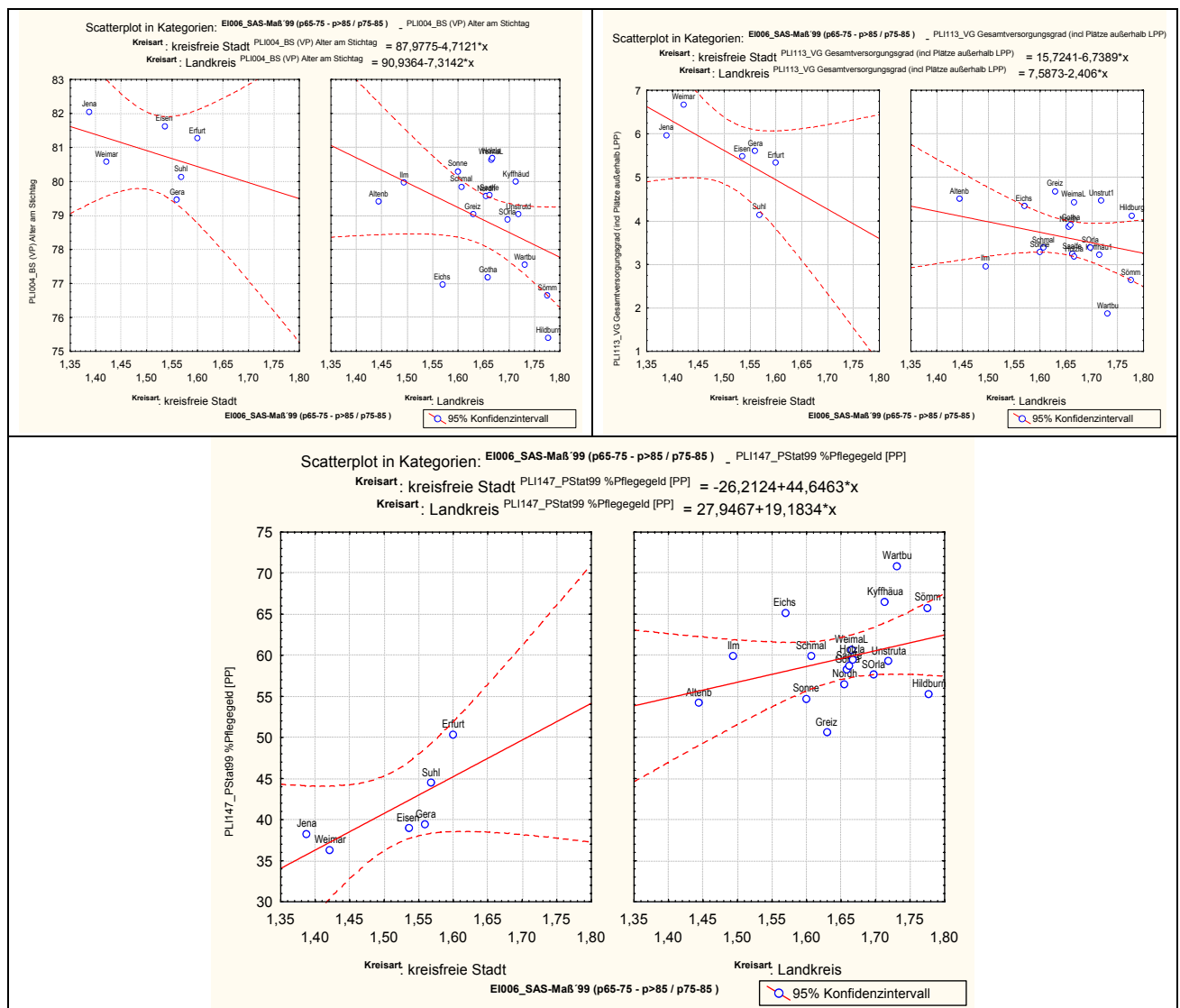


Abb. 6-1: Einflussindikator SAS-Maß (Seniorenaltersstruktur)

Aus vorhergehenden Analysen wurde deutlich, dass der Indikator „**Hochbetagtenanteil**“ (Personen 85 Jahre und älter) einen hohen demographischen Erklärungsgehalt für die stationäre Pflegebedürftigkeit hat. Neben dem Durchschnittsalter der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen steigt mit dem Anteil Hochbetagter an den Senioren auch die Schwere der Pflegebedürftigkeit. Die Aussagen gelten sowohl für Bewohner, Einzüge als auch für die Art der Pflege. D.h., die Altersstruktur einer Region bezogen auf die Altersgruppe der über 85-jährigen spiegelt sich in den Pflegeeinrichtungen am deutlichsten wieder (im Gegensatz zum Seniorenanteil). Zusammenfassend gilt (Abb. 6-2):

- Eine erwartete Korrelation der regionalen Altersstruktur mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit ist nur für die stationäre Pflege festzustellen. Die ambulante Pflege korreliert nicht signifikant mit der Altersstruktur.

- Der Bewohneranteil aus Privathaushalten ist mit steigendem Hochbetagtenanteil in den kreisfreien Städten rückläufig. Das Institutionalisiertungsrisiko Pflegebedürftiger vor Einzug in eine Pflegeeinrichtung ist daher in den kreisfreien Städten höher als in den Landkreisen (z.B. durch Umzug aus einem Krankenhaus).
- In den Landkreisen zeigt sich mit steigendem Hochbetagtenanteil eine eindeutige Tendenz zu längerer Aufenthaltsdauer (der Anteil Bewohner mit einer Aufenthaltsdauer von unter einem Jahr nimmt ab). In der Konsequenz nimmt auch die stationäre Inanspruchnahme zu.

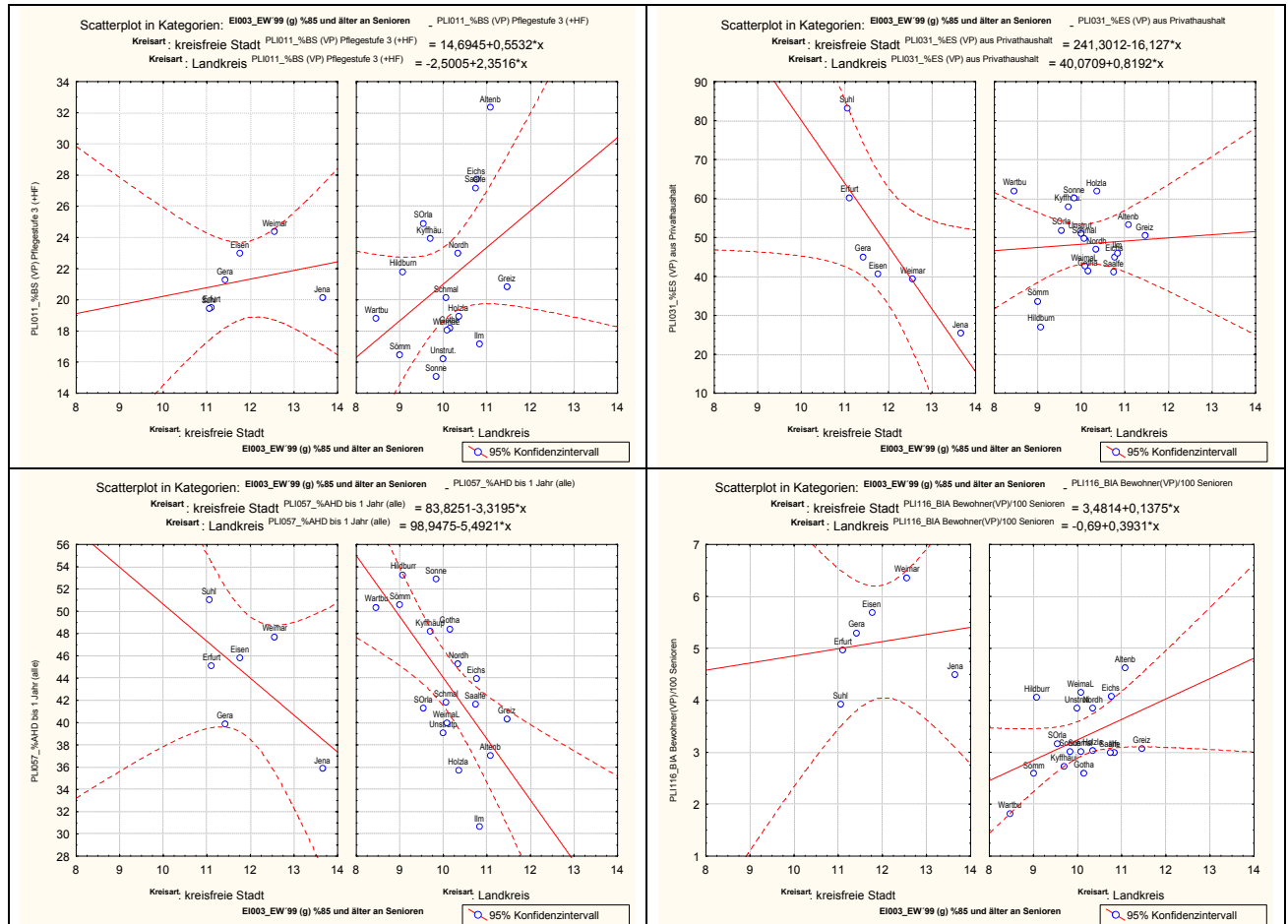


Abb. 6-2: Einfluss Hochbetagtenanteil an den Senioren

Die regionale Altersstruktur hat danach nur mittelbaren Einfluss auf die Pflegebedürftigkeit, insgesamt aber unmittelbaren Einfluss auf die stationäre Pflege. Den höchsten direkten Zusammenhang verzeichnet der Indikator *Hochbetagtenanteil an den Senioren* (so u.a. zur professionellen Pflege mit einem Korrelationskoeffizienten von $r=0,73$).

Eine weitere Differenzierung der demographischen Struktur als Einflussgröße erfolgt mit dem **Frauenpflegepotential je Person „75 Jahre und älter“ (FPP)**. Folgende grundsätzliche und charakteristische Interdependenzen sind mit steigendem FPP festzustellen (Abb. 6-3):

- Ein in den Landkreisen und kreisfreien Städten entgegengesetzter Trend bei den stationären Einzügen aus dem Privathaushalt. Ein höheres Frauenpflegepotential führt in den kreisfreien Städten zu einem höheren *Anteil Einzüge aus Privathaushalten*. Anscheinend ist in Landkreisen das Institutionalisiertungsrisiko vor Einzug in eine Pflegeeinrichtung höher, d.h. die private/häusliche Pflege „endet“ wahrscheinlich öfter mit/nach einem Krankenhausaufenthalt (überwiegend außerhalb des Wohnortes).
- Die Aufenthaltsdauer nimmt mit steigendem Frauenpflegepotential ab. D.h., der Anteil stationärer Bewohner, der weniger als ein Jahr in den Pflegeeinrichtungen lebt, nimmt zu. Die private/häusliche Pflege kann mit höherem FPP prinzipiell länger ausgeschöpft werden, so dass die Aufenthaltsdauer in einer stationären Pflegeeinrichtung kürzer wird, da die Pflegebedürftigkeit bereits relativ stärker fortgeschritten ist.

- Wichtigstes Merkmal eines steigenden FPP ist der höhere Anteil Pflegegeldleistungsempfänger (Pflegebedürftige mit privater/häuslicher Pflege). Umgekehrt nimmt der Anteil stationärer Pflegesachleistungsempfänger ab. Nur mit höherem Frauenpflegepotential kann die private/häusliche Pflege stärker ausgeschöpft werden.

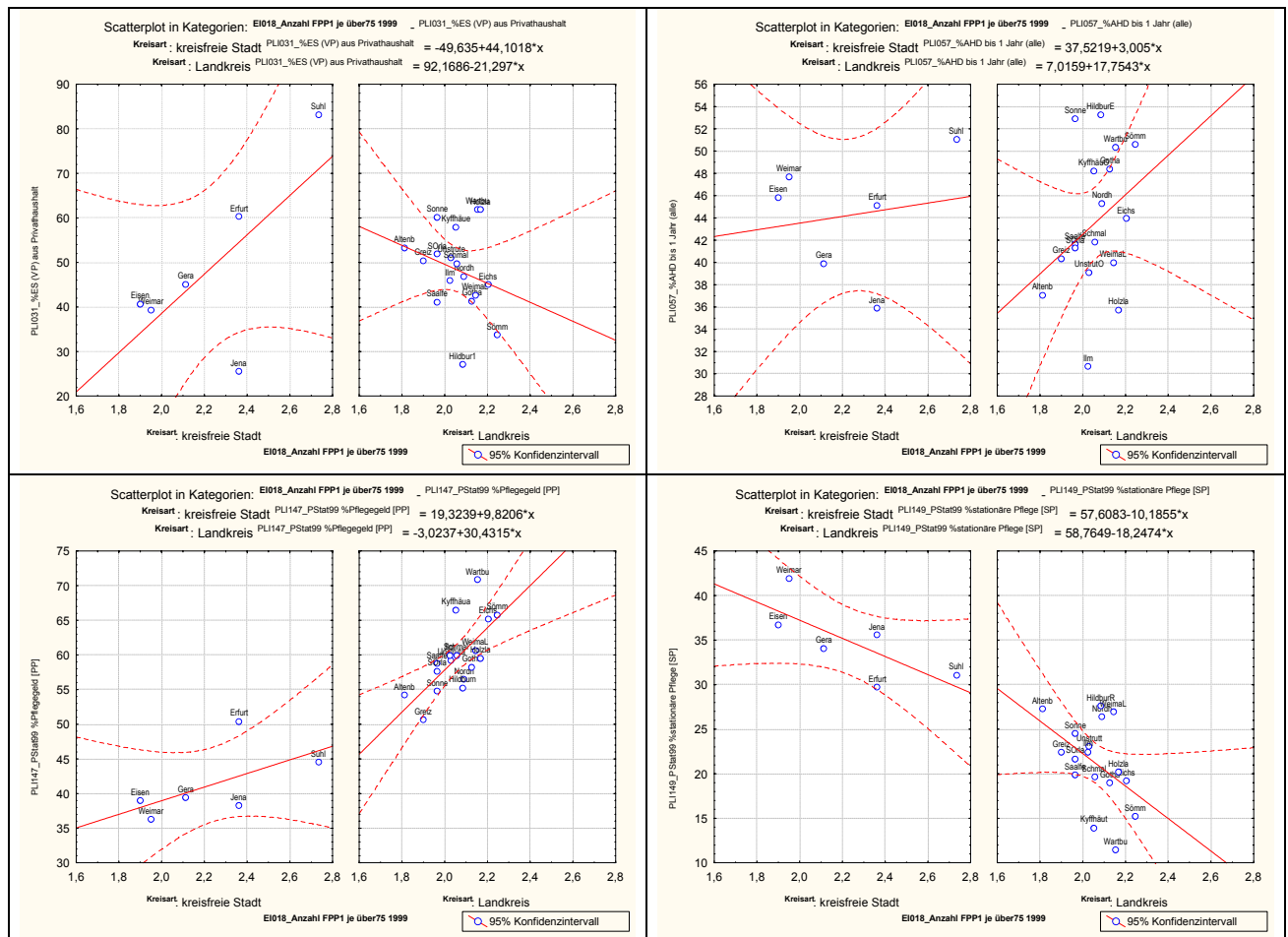


Abb. 6-3: Einfluss Frauenpflegepotential I

Einen interessanten, wenn auch nur für die kreisfreien Städte signifikanten Zusammenhang zeigt Abb. 6-4 mit einem rückläufigen Anteil der Pflegestufe 3 an den Pflegeheimbewohnern bei steigendem Frauenpflegepotential. Mit höherem FPP ist der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit (hier Anteil Pflegestufe 3 an den Pflegebedürftigen) in stationären Pflegeeinrichtungen niedriger.

Anzunehmen ist, dass bei hohem FPP auch die Pflege „bis zum Schluss“ geleistet wird, vielmehr geleistet werden kann. Diese Tendenz ist jedoch in den Landkreisen weniger eindeutig, so dass ein grundsätzlicher Zusammenhang nicht unterstellt werden sollte.

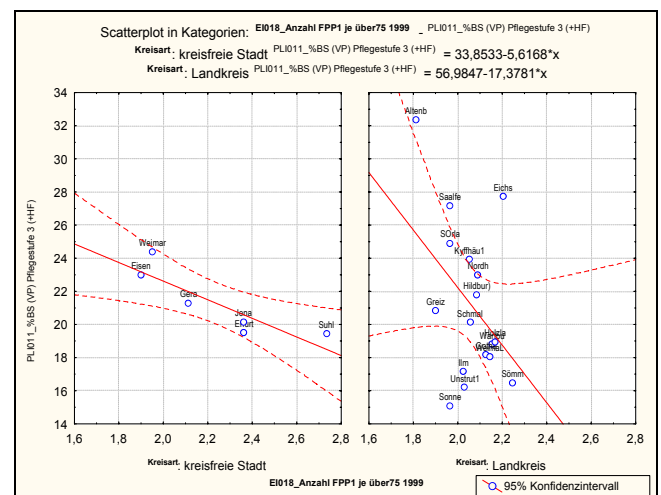


Abb. 6-4: Einfluss Frauenpflegepotential II

Sozialstruktureller Einfluss

Die **Haushaltsgröße** hat nur in den kreisfreien Städten einen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen (Abb. 6-5):

- Mit steigendem Anteil der Einpersonenhaushalte an allen Haushalten nimmt die Inanspruchnahme stationärer Pflegeleistungen in kreisfreien Städten signifikant zu.

- In Landkreisen mit generell weniger Einpersonenhaushalten ist diese Tendenz nur erkennbar, wenn die Siedlungsstruktur der Kreise berücksichtigt wird. So bilden Landkreise mit größeren Städten eine Gruppe (von Sömmerda zum Altenburger Land / Weimarer Land) und Landkreise mit überwiegend kleineren Städten eine zweite Gruppe (Wartburgkreis bis Greiz) von jeweils höherer Inanspruchnahme mit steigendem Anteil Einpersonenhaushalte.
- Dieser Zusammenhang wird für die Landkreise im Umkehrschluss auf die Inanspruchnahme von Pflegegeldleistungen (private/häusliche Pflege) gestützt. Mit steigendem Anteil der Einpersonenhaushalte geht der Anteil der Pflegegeldempfänger deutlich zurück. Das Fehlen einer Pflegeperson innerhalb des Haushaltes kann demnach in den Landkreisen weniger gut kompensiert werden als in kreisfreien Städten.

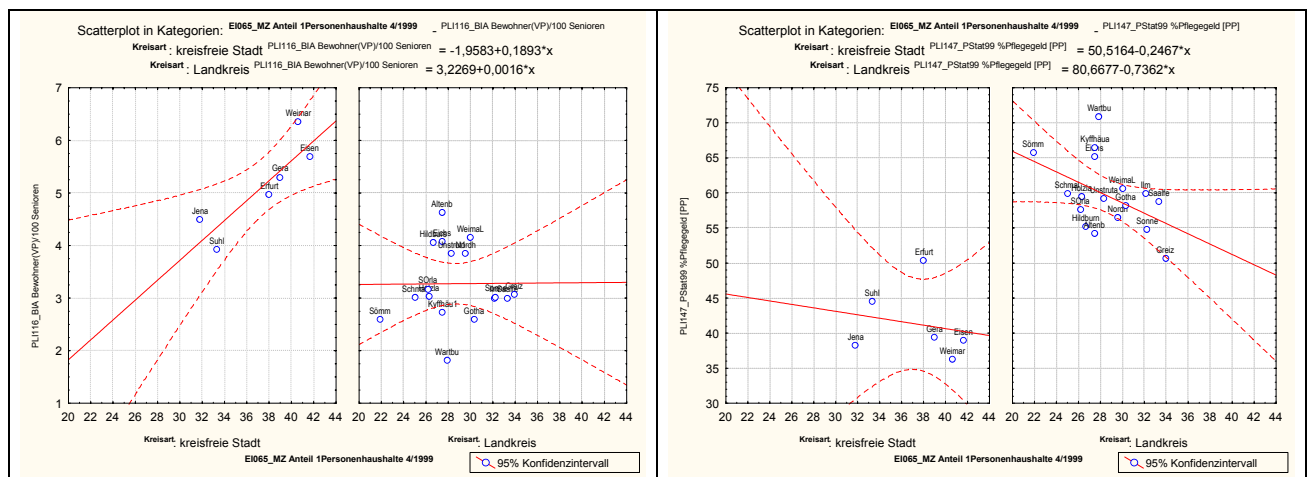


Abb. 6-5: Einfluss Haushaltsstruktur „Anteil Einpersonenhaushalte“

Grundsätzlich kann der Einfluss Haushaltsstruktur und -größe auf die Pflegebedürftigkeit bestätigt werden. Die Stärke des Zusammenhangs unterscheidet sich jedoch strukturell beachtlich nach Kreisart und Pflegeart: Bei den kreisfreien Städten ist die Korrelation zur stationären Pflege signifikant und bei den Landkreisen zum Pflegegeld (private/häusliche Pflege).

Die Regression der Einpersonenhaushalte und des Versorgungsgrades für alle Kreise Thüringens verdeutlicht diesen Zusammenhang (Abb. 6-6: $r=0,7$; $r^2=0,49$). Mit steigendem Anteil der Einpersonenhaushalte nimmt auch der „benötigte“ gesamte Versorgungsgrad zu.

Die Konsequenz eines angenommenen Anteils von 50% Einpersonenhaushalten erfordert rechnerisch einen stationären Gesamtversorgungsgrad von 7,2 Pflegeplätzen je 100 Senioren.

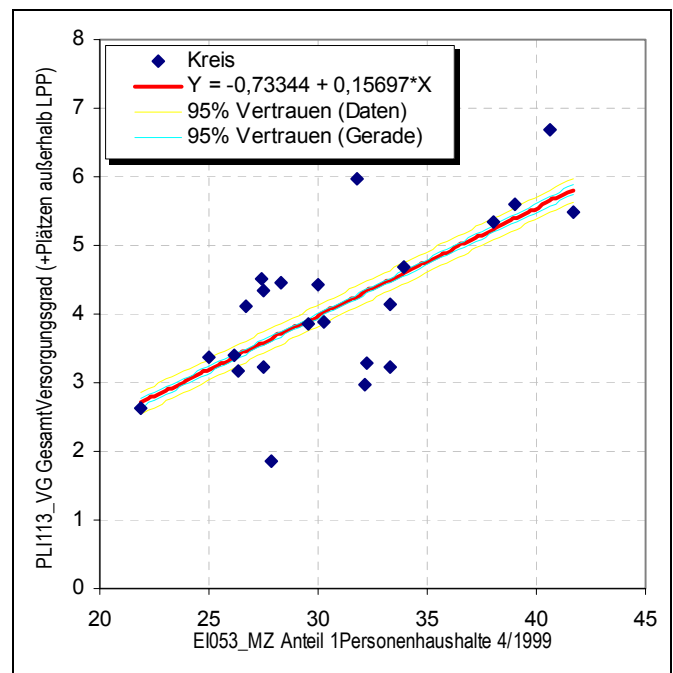


Abb. 6-6: Regression Versorgungsgrad-Haushaltsstruktur

Einen weiteren – bisher nur angenommenen – sozialstrukturellen Einfluss auf die Pflege beschreibt die **Arbeitslosigkeit und Frauenerwerbstätigkeit bzw. -arbeitslosigkeit** als eine Restriktion für das Pflegepotential (Abb. 6-7):

- In den Landkreisen ist mit höherem Frauenanteil an den Arbeitslosen auch der Anteil der privaten/häuslichen Pflege (Pflegegeld) höher und umgekehrt der Anteil der stationären Pflegesachleistung signifikant niedriger. Dieser Zusammenhang ist aber in kreisfreien

Städten weder für den Anteil der privaten/häuslichen Pflege noch stationären Pflege zu erkennen.

- Wird die Frauenarbeitslosigkeit altersspezifisch nach Pflegebereitschaft eingegrenzt (analog dem Frauenpflegepotential), ist der resultierende Einfluss des Anteils arbeitsloser Frauen „55 Jahre und älter“ auf die Pflege nicht nur in den Landkreisen sondern auch in den kreisfreien Städten charakteristisch (im Gegensatz zur Frauenarbeitslosigkeit insgesamt).
- Eine tendenziell höhere und längere Pflegebereitschaft bei Arbeitslosigkeit (Anteil Frauenarbeitslosigkeit der Altersgruppe 55 Jahre und älter) zeigt auch die Aufenthaltsdauer. Höhere Arbeitslosigkeit älterer Frauen führt zu einer kürzeren Aufenthaltsdauer in der stationären Pflege, da hier die Möglichkeiten der privaten/häuslichen Pflege bis an die „Grenze“ besser ausgeschöpft werden können.
- In allen Landkreisen nimmt mit steigender Arbeitslosigkeit (Arbeitslose pro 100 EW) der Anteil der Pflegeheimbewohner aus dem „eigenen“ Kreis (Heimatbewohner) signifikant zu. Ein sachlicher Zusammenhang kann zwar nicht unterstellt werden, aber es ist anzunehmen, dass ein allgemeiner ökonomischer Problemdruck im Kreis dennoch Einfluss auf die Platzvergabe in den Pflegeheimen ausübt (gesteigerte regionale Bedarfsorientierung).

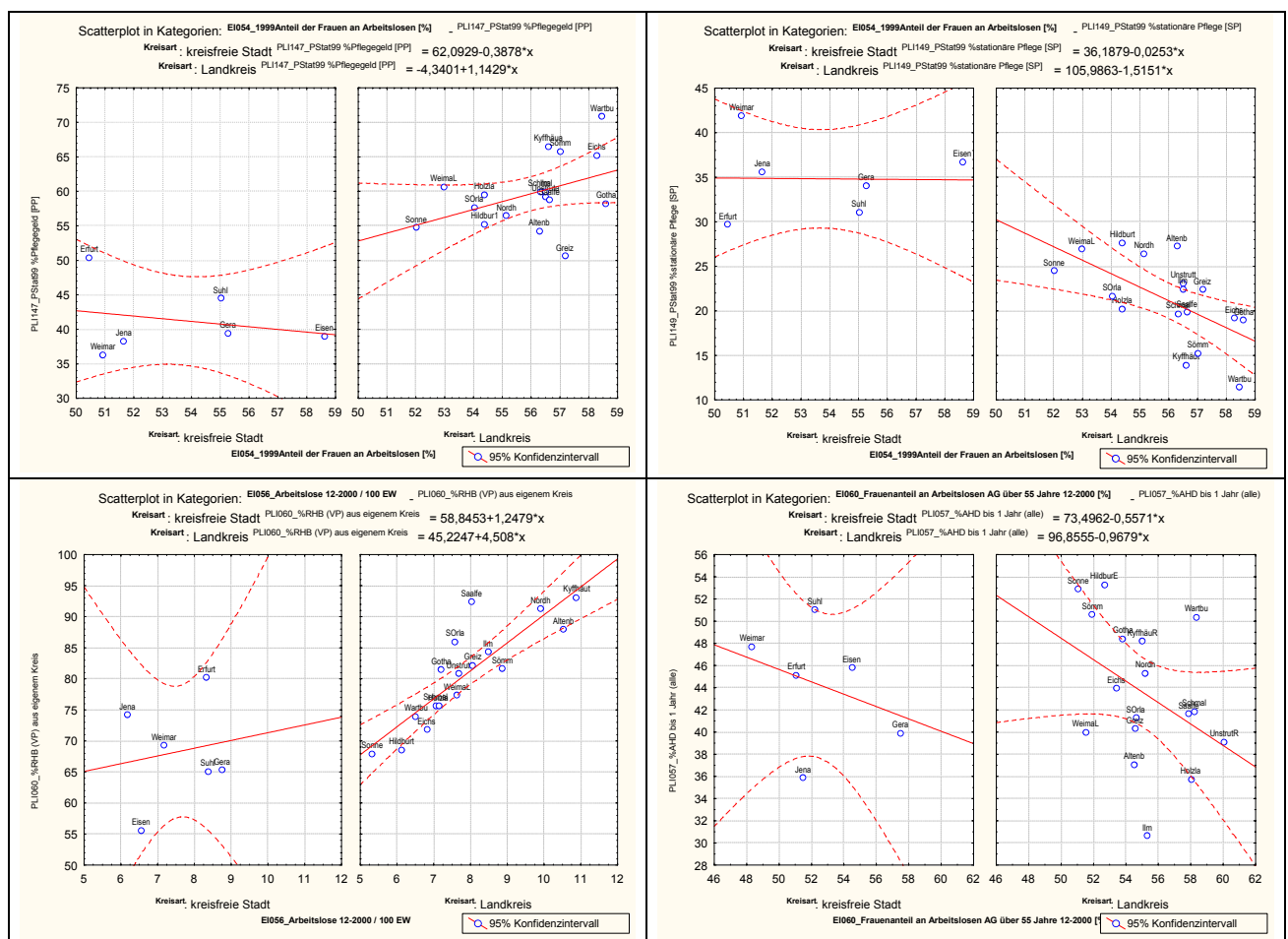


Abb. 6-7: Einfluss Frauenerwerbstätigkeit und -arbeitslosigkeit

Raum- und siedlungsstruktureller Einfluss

Die Wohnform „Einfamilienhaus“ gilt allgemein als Restriktion, bei Pflegebedürftigkeit in eine stationäre Pflegeeinrichtung umzuziehen. Pflege wird solange wie möglich im Haushalt organisiert.

- Das Indikatorenmodell bestätigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen Einfamilienhausanteil an allen Wohngebäuden und der Inanspruchnahme stationärer Pflegeleistungen (Abb. 6-8). Je höher der Einfamilienhausanteil ist, desto niedriger ist die reale Inanspruchnahme stationärer Pflegeleistungen und desto höher ist der Pflegegeldleistungsempfängeranteil in einem Kreis.

- Dem entgegengesetzt ist der Zusammenhang von hohem Einfamilienhausanteil an allen Wohngebäuden und hohem Anteil von Pflegegeldleistungen zur privaten/häuslichen Pflege. Diese Tendenz ist jedoch nur in den Landkreisen ausgeprägt und gilt für die kreisfreien Städte nur stark eingeschränkt. Mit dem Indikator Einwohner je Wohngebäude verbessert sich die Aussage für die kreisfreien Städte deutlich, ohne jedoch daraus explizit eine Wohnform ableiten zu können: Mit höherer Zahl Einwohner je Wohngebäude nimmt der Anteil stationärer Pflegeleistungen ab.

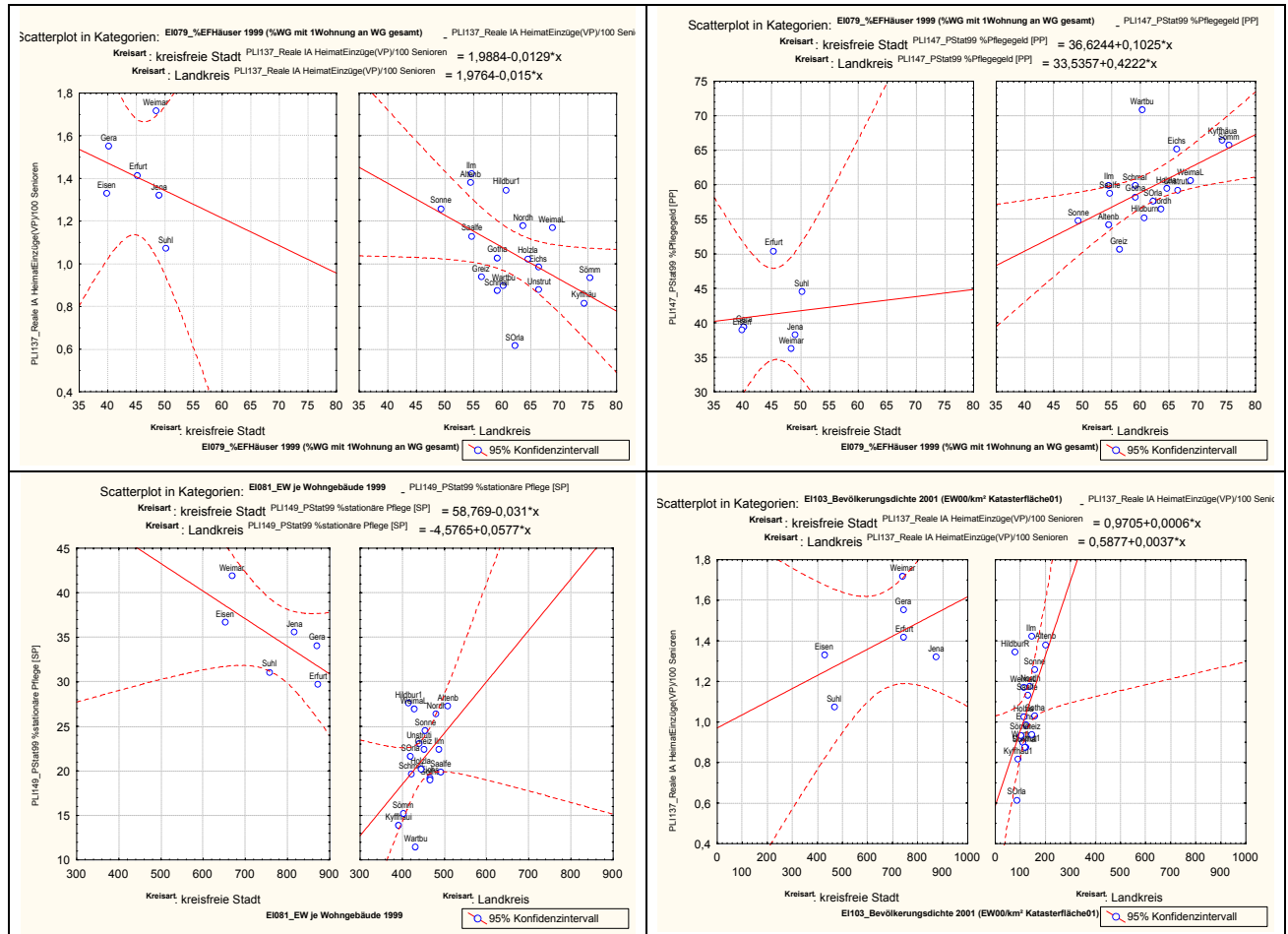
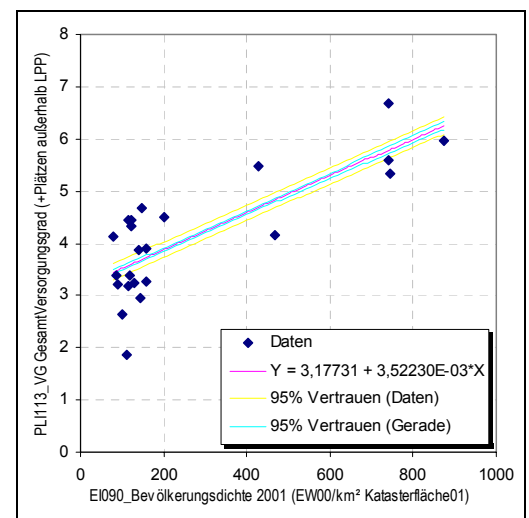


Abb. 6-8: Einfluss Raum- und Siedlungsstruktur

Generell ist festzustellen, dass raumstrukturelle Einflussindikatoren durch die Struktur der kreisfreien Städte erwartungsgemäß das Ergebnis verzerren. Die Landkreise liegen im Verhältnis zu den extremeren Ausprägungen der kreisfreien Städte überwiegend im unteren Bereich des Einflussindikators (z.B. EW je Wohngebäude). Das erschwert eine einheitliche Bewertung (vgl. Abb. 6-8 unten).

Andere raumstrukturelle Indikatoren, wie u.a. die Bevölkerungsdichte, zeigen zwar einen hohen Korrelationskoeffizienten mit Pflegeindikatoren, aber bei genauerer Betrachtung wird der Trend von den kreisfreien Städten bestimmt. Die Landkreise konzentrieren sich aufgrund ihrer relativ ähnlich niedrigen Bevölkerungsdichte entlang einer stark ansteigenden Geraden (vgl. Abb. 6-9).

Dennoch gilt die Erkenntnis, dass ein höherer Versorgungsgrad mit zunehmender räumlicher Verdichtung und Bevölkerungsdichte einhergeht.

Abb. 6-9: Regression stationärer Versorgungsgrad und Bevölkerungsdichte ($r=0,79$; $r^2=0,62$)

[illegible]

Tab. 6-1: Korrelationskoeffizientenmatrix der standardisierten Einfluss- und Pflegelandschaftsindikatoren des Pflegemodells [IMP]

6.1.2 Faktorenanalyse des Indikatorenmodells Pflege [IMP-Faktor]

Das explorative Pflegemodell aus Einfluss- und Pflegelandschaftsindikatoren umfasst insgesamt 119 Indikatoren. Jeder Indikatorenkatalog aus Einfluss [EI] und Pflege [PLI] wurde auf Konsistenz untersucht und verbliebene inhaltliche Werteredundanzen sind grundsätzlich beabsichtigt. Diese Auswahl spiegelt sich demzufolge in der Faktorenanalyse wider. Mit der Faktorenanalyse werden insgesamt 20 Faktoren [IMP-Faktor] extrahiert, die zusammen das Indikatorenmodell Pflege mit einer außerordentlich hohen Gesamtvarianz von 98% erklären können (Tab. 6-3).³⁰⁰

Die ersten drei Faktoren zur Versorgung/Zentralität, demographischer Entwicklung und Altersstruktur erklären bereits rd. 47% der Gesamtvarianz in der unrotierten Lösung. Zusammen mit den nächsten sieben Faktoren kann das Indikatorenmodell Pflege bereits zu rd. 80% erklärt werden. Die übrigen Faktoren haben ein sehr geringes Gewicht, da sie nur einzelne bzw. maximal drei Indikatoren beschreiben. Erwartungsgemäß nimmt die Interpretierbarkeit der Faktoren schrittweise ab, so dass zumindest sechs der 20 Faktoren „unbestimmt“ bzw. „undefiniert“ bleiben (Tab. 6-2).

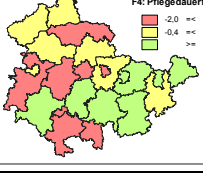
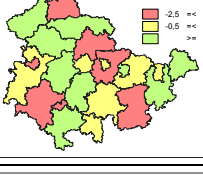
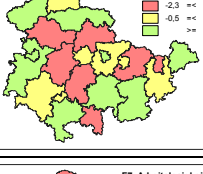
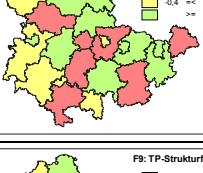
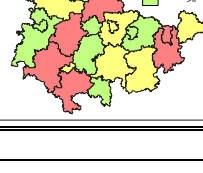
Aus der Korrelationsanalyse wurden bereits starke Zusammenhänge der stationären Pflegeindikatoren mit demographischen Einflussindikatoren deutlich. Folglich ergibt sich mit dem ersten Faktor keine grundlegende Trennung dieser zwei Indikatorenkomplexe. Nach den Erkenntnissen der Korrelations- und Regressionsanalysen bestätigt die Faktorenanalyse ebenfalls den grundsätzlich engen Zusammenhang der stationären Pflege mit Indikatoren zur räumlichen Verdichtung, Zentralität und Verstärkung. Im Umkehrschluss ergibt sich aber kein eigener Faktor, der die ländliche Situation beschreibt. Es ist festzustellen, dass durch die geringen Pflegeinfrastrukturangebote im ländlichen Bereich – bzw. zutreffender in der Fläche – überwiegend ein Umzug bzw. eine Nutzung der Pflegeinfrastrukturen in verdichteten oder städtischen Regionen erfolgt. Die Erkenntnis ist für die Erhebungsmethodik anderer Untersuchungen von zentraler Bedeutung (z.B. der amtlichen Pflegestatistik). Durch das hohe Infrastrukturangebot in verdichteten Gebieten (z.B. kreisfreie Städte) verschiebt sich bei der Erhebung von Primärdaten die statistische Basis einseitig, da aus Komplexitäts- oder Datenschutzgründen die Erhebung nur nach Infrastrukturstandorten und nicht nach der tatsächlichen regionalen Herkunft der Bewohner erfolgt. Daraus resultiert eine theoretisch deutlich höhere Inanspruchnahme professioneller, insbesondere stationärer Pflegeleistungen in verdichteten Gebieten. Dieser Unterschied kann aufgrund der differenzierten eigenen Datengrundlage exakter abgebildet werden. Die Faktorenanalyse macht deutlich, dass dieser neue Regionalisierungsansatz der „regionalen Herkunft der Bewohner“ zudem eine hohe Eigenständigkeit und Unabhängigkeit aufweist, da er durch keinen der Faktoren hinreichend abgebildet werden kann.

Es ergeben sich sowohl bereits bekannte Sachgebiete als auch neue thematische Schwerpunkte, deren Anteil an der erklärenden Gesamtvarianz jedoch vergleichbar gering ist. Die Kreiswerte der Faktoren sind in der Indikatorentabelle [IMP] in der Anlage II Tab. III-16 aufgeführt.

Tab. 6-2: Charakterisierung der Faktoren des gesamten Pflegemodells [IMP-Faktor]

	% der Varianz	Kumulierte %	nach Rotation Kumulierte %	% der Varianz	Faktorname	Erläuterung	Topologie des Faktors
1	24,6	24,6	23,1	23,1	Versorgungs- und Zentralitätsfaktor	Der 1. Faktor subsummiert zentrale Indikatoren zur räumlichen Verdichtung. Da die stationäre Pflege in Verdichtungsräumen, Städten und zentralen Orten konzentriert ist und folglich hier die überwiegende Anzahl der stationären Pflegebedürftigen lebt bzw. hingezogen ist, umfasst der Faktor nahezu alle Indikatoren zur stationären Pflege und Inanspruchnahme.	
2	11,7	36,3	8,9	32,0	Demographischer Entwicklungsfaktor	Der 2. Faktor beschreibt überwiegend die demographische Entwicklung der Kreise. Daraus resultiert u.a. auch eine Veränderung der Bevölkerungsdichte.	

³⁰⁰ Die Ladungsmatrix der Faktorenanalyse ist in Tab. 6-3 dargestellt. Darin sind die Pflegeindikatoren [PLI] „blau“ hervorgehoben und Einflussindikatoren [EI] „schwarz“ dargestellt. Es wurden ebenfalls alle Indikatoren mit geringer Faktorladung oder thematisch unpassender Faktorzuzuordnung „grau“ markiert.

	% der Varianz	Kumulierte %	nach Rotation Kumulierte %	% der Varianz	Faktorname	Erläuterung	Topologie des Faktors
3	10,2	46,5	8,5	40,6	Altersstrukturfaktor	Der 3. Faktor beschreibt ausschließlich Einflussindikatoren zur altersspezifischen Struktur und Entwicklung der Senioren.	
4	7,4	53,9	5,7	46,3	Pflegedauerfaktor (hohe Aufenthaltsdauer)	Der 4. Faktor beschreibt nahezu umfassend die Aufenthaltsdauer der Pflegebedürftigen in den Pflegeheimen. Der aus der Korrelationsanalyse bekannte Zusammenhang zur Haushaltsstruktur lädt ebenfalls hoch.	
5	6,0	60,0	5,5	51,8	Kurzzeitpflege - Strukturfaktor	Der 5. Faktor beschreibt die Kurzzeitpflege.	
6	5,1	65,0	4,8	56,6	Pflegegradfaktor	Der 6. Faktor beschreibt die Schwere der Pflege (Grad der Pflegebedürftigkeit zusammengefasst zum Anteil der Pflegestufe 3 mit Härtefällen).	
7	4,2	69,2	4,8	61,4	Faktor Arbeitslosigkeit	Der 7. Faktor beschreibt die regionale Arbeitslosigkeit.	
8	4,1	73,3	4,0	65,4	Ambulanter Pflegefaktor	Der 8. Faktor beschreibt die ambulante Pflege.	
9	3,6	76,9	3,8	69,2	Tagespflege - Strukturfaktor	Der 9. Faktor beschreibt die Tagespflege.	
10	3,0	79,9	3,7	72,9	Qualitätsfaktor der stationären Pflegeinfrastruktur	Der 10. Faktor beschreibt die Pflegeeinrichtungsqualität durch Aussagen zur Beschäftigungssituation in den Einrichtungen und der Zimmerqualität gemessen an den höchsten Anforderungen der ThürAGPflegeVG-DVO.	
11	2,9	82,8	3,7	76,6	-	Auszugsvolumen	
12	2,7	85,5	3,1	79,7	-	Eigenversorgungsquote und Zimmerqualität	
13	2,4	88,0	3,1	82,7	-	undefiniert	
14	1,8	89,8	2,6	85,4	-	stationäre Auszugsstruktur	
15	1,7	91,5	2,4	87,8	-	unbestimmt	
16	1,6	93,1	2,3	90,1	-	Lebensunterhalt / Frauenarbeitslosigkeit	
17	1,5	94,6	2,3	92,4	-	unbestimmt	
18	1,4	96,0	2,1	94,5	-	unbestimmt	
19	1,2	97,1	1,9	96,3	-	unbestimmt	
20	0,9	98,1	1,7	98,1	-	unbestimmt	

Tab. 6-3: Faktorenanalyse des gesamten Indikatorenmodells Pflege [IMP-Faktor]

6.2 Topologie des Indikatorenmodells Pflege [IMP]

Zentrales Anliegen des pflegedeterminierten Beitrags zur Landeskunde ist es, Topologien herauszuarbeiten und Raummuster der Pflegebedürftigkeit sowie der pflegespezifizierten Einflussstrukturen zu identifizieren. Topologische Einzelaspekte haben bereits die Ergebnisse der Clusteranalysen der vorhergehenden Kapitel gezeigt. Mit dem Zusammenführen der Indikatoren zu einem Indikatorenmodell Pflege [IMP] wird im Folgenden die Gesamtstruktur topologisch untersucht.

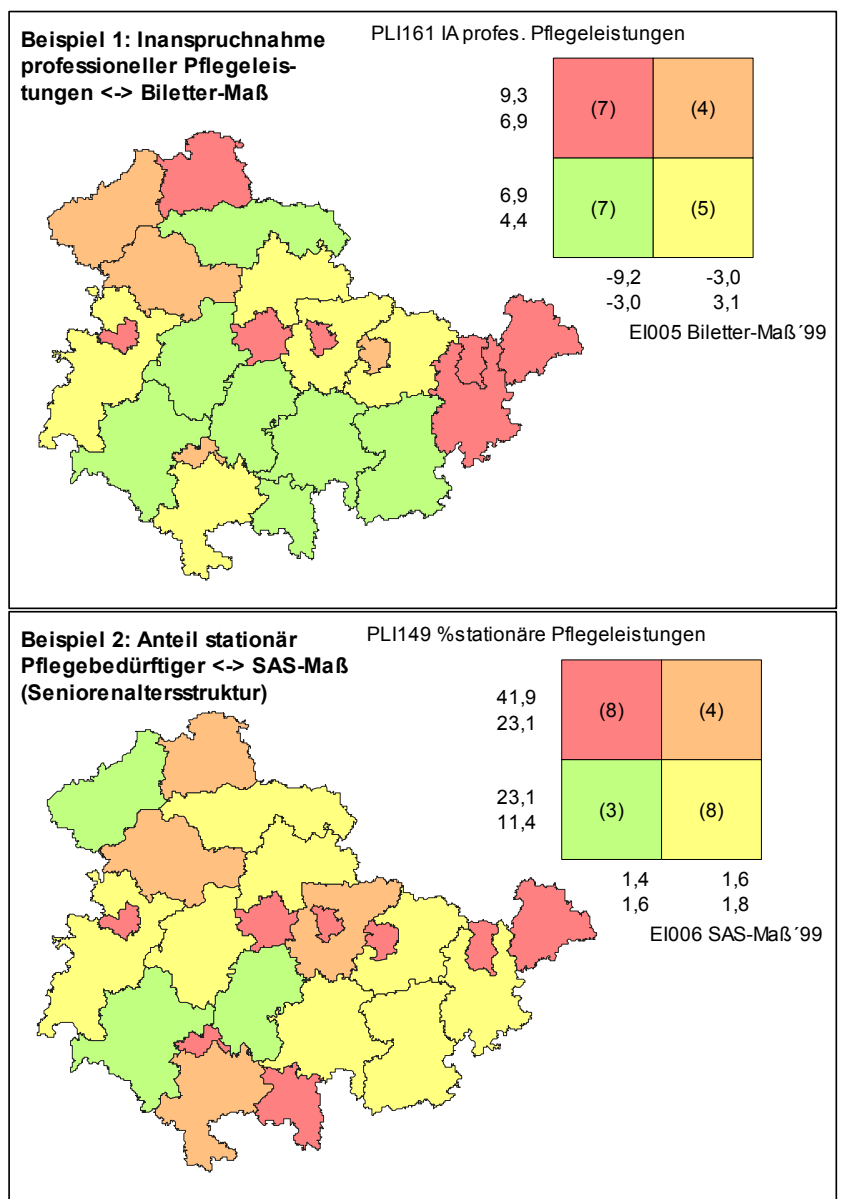
6.2.1 Bivariate Relationen des Indikatorenmodells Pflege [IMP]

Neben der Identifizierung von Wechselbeziehungen zwischen den Indikatoren in Abschnitt 6.1 sind auch deren räumliche/topologische Muster für eine Charakterisierung der Kreise aufschlussreich. Sich ergänzende bzw. gleichgerichtete Indikatoren EI und PLI zeigen z.B. eine doppelt „negative“ oder „positive“ Prägung eines Kreises. Kartographisch wurden diese Analysen durch bivariate Choroplethenkarten umgesetzt. Die jeweiligen Einzelaspekte wurden bereits in den Kapiteln Pflege-landschaft und Einfluss-situation erläutert. Exemplarisch wird daher die Topologie von zwei nicht signifikant korrelierenden Indikatoren (Karte 6-1: Beispiel 1) und zwei signifikant korrelierenden Indikatoren visualisiert (Karte 6-1: Beispiel 2).

Die bisherigen Ausführungen lassen eine deutliche Zunahme der Pflegebedürftigenzahl und Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen als Konsequenz der demographischen Entwicklung erwarten.

Das erste Beispiel beschreibt diesen angenommenen und zukünftig bedeutenden Einflusszusammenhang von regionaler Altersstruktur der Gesamtbevölkerung (quantifiziert durch das Biletter-Maß 1999) und der Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen (Karte 6-1: Beispiel 1). Mit der Datenbasis 1999 ist ein solcher Zusammenhang jedoch statistisch (noch) nicht nachweisbar (vgl. Korrelationsmatrix Tab. 6-1). Dennoch ermöglicht das Zusammentreffen von Extrempositionen in den Kreisen eine Tendaussage.

Anzunehmen ist, dass sich in sieben Kreisen mit überdurchschnittlich „alter“ Bevölkerung und bereits heute überdurchschnittlich hoher Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen der professionelle Pflegebedarf stark erhöhen wird. Noch erheblicher werden davon aber die Kreise mit zur Zeit noch „jüngerer“ Altersstruktur, aber bereits überdurchschnittlich hoher professioneller Inanspruchnahme betroffen sein.



Karte 6-1: Beispiele bivariater Relationen aus Einfluss- und Pflegeindikatoren und deren Topologie

Im zweiten Beispiel wird die topologische Charakteristik von zwei signifikant hoch korrelierenden Indikatoren dargestellt (Karte 6-1: Beispiel 2). In Kreisen mit „alten“ Senioren (niedriges SAS-Maß) ist der Anteil der Empfänger von stationären Pflegeleistungen überdurchschnittlich höher (vgl. Korrelationsmatrix Tab. 6-1). Die folglich geringere Inanspruchnahme von Pflegegeldleistungen (weniger private/häusliche Pflege) ist im Gesamtkontext eindeutig negativ zu bewerten. Das betrifft alle kreisfreien Städte und die Landkreise Altenburger Land und Sonneberg.

Von Interesse sind wiederum die Kreise, die zwar (noch) eine relativ junge/günstige „Seniorenalterstruktur“ aufweisen, aber bereits heute schon einen hohen stationären Pflegeleistungsanteil an allen Pflegebedürftigen haben (orangefarbene Darstellung). Relativ zu den anderen Kreisen werden dort die Konsequenzen der demographischen Entwicklung zu einem deutlich höheren bzw. überdurchschnittlichen vollstationären Pflegebedarf führen.

6.2.2 Clusteranalyse des Indikatorenmodells Pflege [IMP]

Die Summe der Ergebnisse und Erkenntnisse aller Analyseschritte lässt eine mehr oder weniger eindeutige topologische Gesamtcharakteristik der Pflege in Thüringen erwarten. Clusteranalytisch werden zwei Varianten untersucht, die jeweils eine eigene Betrachtungsweise repräsentieren:

1. Clusteranalyse aller Indikatoren (Karte 6-2 und Karte 6-3): Die Analyse enthält beabsichtigte Redundanzen und Korrelationen, die durch die Indikatorenauswahl definiert wurden. Impliziert ist bei diesem Verfahren die Gewichtung bedeutender Sachverhalte durch statistisch ähnliche aber inhaltlich unterschiedliche Aussagen (z.B. Inanspruchnahme und Versorgungsgrad).
2. Clusteranalyse der 20 Faktoren (Karte 6-5): Die Gesamtvarianz der 119 Indikatoren des Indikatorenmodells kann durch „nur“ 20 Faktoren zu 98% erklärt werden. Durch diese Informationsverdichtung werden inhaltliche Schwerpunktsetzungen im Indikatorenmodell durch z.B. eine höhere Indikatorenanzahl zur Pflegelandschaft aufgehoben. Die Faktoren können jedoch einige bedeutende Indikatoren nicht hinreichend abbilden bzw. einzelne Aspekte der Pflege sind unterrepräsentiert.

Methodisch werden für die Clusteranalyse aller Indikatoren sowohl das hierarchische (Ward-Algorithmus) als auch das partitionierende (Q-Cluster) Clusterverfahren gerechnet. Der Unterschied der Q-Cluster zum allgemein üblichen Ward-Algorithmus liegt in der iterativen Umgruppierung der Kreise nach Clusterzentren. Im Vordergrund steht der Vergleich der Ergebnisse beider Methoden (vgl. Karte 6-2 und Karte 6-3).

Die Bewertung erfolgt analog der anderen Clusteranalysen mit einem Notenspiegel der standardisierten und orientierten Indikatoren (positiv / negativ) sowie der Bildung einer Durchschnittsnote der Einzelbewertungen.³⁰¹ Die resultierende Note beschreibt die Lage eines Kreises im Verhältnis zu allen Kreisen Thüringens. Per Definition ist die Standardisierung die Abweichung des Kreiswertes vom Mittelwert der Kreise. Nach der inhaltlichen Bewertung und Orientierung dieser Abweichungen³⁰² ist eine zusammenfassende Aussage für jeden Kreis möglich:

1. Eine negative Abweichung (negativer Wert) besagt, dass im Vergleich zum Mittelwert aller Kreise eine schlechtere / negativere Situation vorliegt.
2. Eine positive Abweichung (positiver Wert) besagt, dass im Vergleich zum Mittelwert aller Kreise eine bessere / positivere Situation vorliegt.

In Anlage Tab. III-17 „Bewertungsmatrix der Clusteranalysen [IMP]“ sind diese Indikatorenmittelwerte für alle Varianten und Cluster aufgeführt. Darauf aufbauend werden mit dem Bewertungsalgorithmus die fünf Notengruppen abgeleitet.³⁰³

Die Clusteranalyse nach dem **Ward-Algorithmus** bildet mit den ersten Schritten sehr gute Cluster, die erst ab dem 16. Clusterschritt einen deutlichen Distanzsprung verzeichnen (Übergang von 7 zu 8 Clustern: Abb. 6-10). Analog zur einheitlichen Systematik aller Clusteranalysen der vorliegenden Arbeit wird eine Trennung in 5 Cluster vorgenommen.

³⁰¹ Vgl. Abschnitt 3.6: „Stufe 6 Bewertungsalgorithmus durch Notenspiegel“.

³⁰² Vgl. Ergebnisse aus Abschnitt 4.5 „Teilergebnis I: Einflussindikatoren“ und 5.5 Teilergebnis II: Pflegelandschaft.

³⁰³ Vgl. zugehörige Kreisergebnisse (Kreisbewertungen) in der Indikatorentabelle [IMP] Anlage II Tab. III-16.

Die Ward-Cluster können die Kreise nur gering differenzieren. Alle kreisfreien Städte zeichnen sich deutlich mit der Note 2 ab, und die bereits mehrfach dargestellte Sondersituation der Stadt Suhl erhält ihre eigene negative Wertung. Auch die Ausdifferenzierung der Landkreise beschränkt sich auf zwei Noten (vgl. Karte 6-2), wobei die durchschnittliche Bewertung Note 3 überwiegt. Die negativste Bewertung (Note 5) des Landkreises Sonneberg ist darauf zurückzuführen, dass Extremwerte von Indikatoren bei Clustern mit nur einem Fall (Landkreis) im Bewertungsalgorithmus auch entsprechende Extrembewertungen erhalten (können).

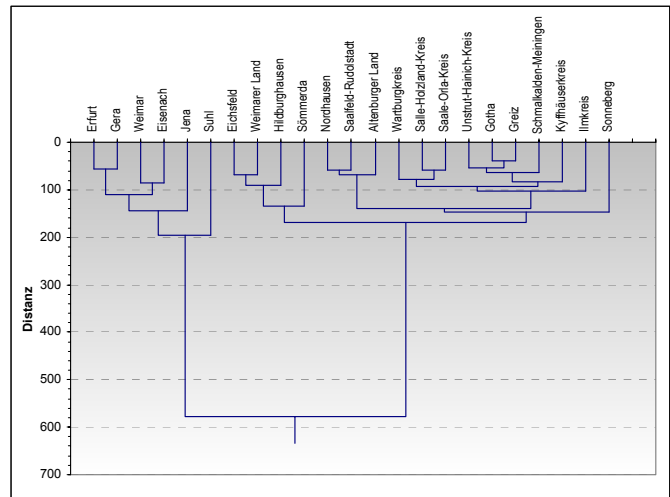
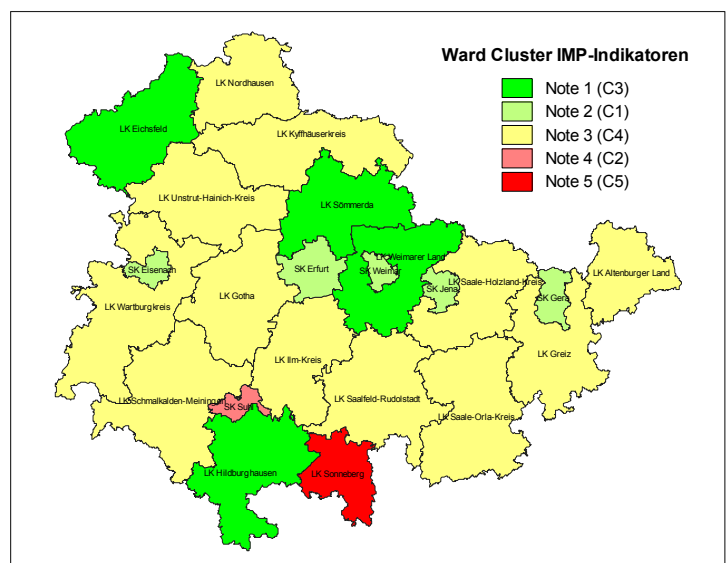


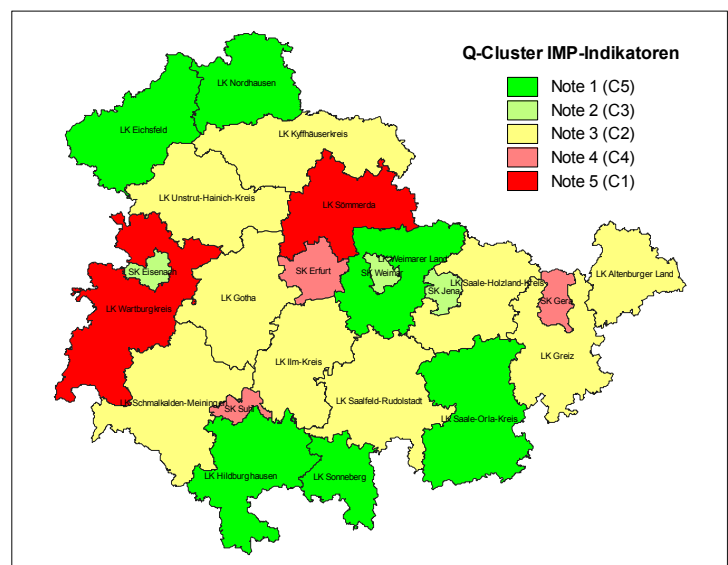
Abb. 6-10: Clusteranalyse des gesamten Pflegemodells [IMP] ([EI-Auswahl] und [PLI-Auswahl])

Mit der rechnerisch guten Clustering in 5 Gruppen (geringe Distanzsprünge) wird eine **partitionierende Clusteranalyse** (Q-Cluster) gerechnet, die als Vorgabe den iterativen Algorithmus beim Erreichen von 5 Clustern mit optimalen Clusterzentren beendet. Durch die Umgruppierungsmöglichkeit der Kreise zu „neuen“ Clusterzentren verschiebt sich das Ergebnis eindrucksvoll (vgl. Karte 6-3). Die kreisfreien Städte werden in zwei Gruppen differenziert, wobei nun Suhl, Erfurt und Gera zusammen eine negative Gesamtbewertung erhalten. Ebenfalls differenzierter ist die Gesamtbewertung der Landkreise Sömmerda, Wartburgkreis, Nordhausen, Sonneberg und Saale-Orla-Kreis.



Karte 6-2: Topologie der hierarchischen Clusteranalyse des Pflegemodells [IMP] (Ward)

Die Zuordnungsunterschiede vom hierarchischen zum partitionierenden Clusterverfahren resultieren aus den stärker zunehmenden Unähnlichkeiten innerhalb eines Clusters bei fester Kreiszugehörigkeit zum Cluster im Ward-Algorithmus. Diese zunehmenden Unähnlichkeiten sind aber in der Gesamt-sichtweise keineswegs charakteristisch, wenn gleichzeitig Cluster mit nur einem Fall gebildet werden. Die partitionierende Clustermethode optimiert iterativ diese Zuordnungen gemäß optimalen Distanzen zwischen (rechnerischen) Clusterzentren und Kreisindikatorenwerten. Die Ähnlichkeit innerhalb eines Cluster wird größer und die Differenzierung der Kreisstruktur insgesamt besser, da jedes Cluster aus mindestens zwei Kreisen besteht.



Karte 6-3: Topologie der partitionierenden Clusteranalyse des Pflegemodells [IMP] (Q-Cluster)

Unter dem Gesichtspunkt der Indikatorenauswahl, der Betonung von Pflegeindikatoren und im Kontext der vorhergehenden Erkenntnisse ergeben sich konkrete Ergebnisse, die auch im Einklang mit den Erfahrungen der Landespflegeplanung stehen (hervorgehoben werden nur die tatsächlich charakteristischen Merkmale):

1. Wartburgkreis: Durch die Randlage zu den alten Bundesländern besteht eine positive wirtschaftliche Situation, aber das Herauslösen Eisenachs als kreisfreie Stadt aus der primären Versorgungsstruktur des Kreises bewirkt einen hohen Verlust an Versorgungsfunktionen. Der resultierende rechnerische Bedarfsanstieg im Kreis ist stärker als bei allen anderen Landkreisen in der Nähe einer kreisfreien Stadt. Die einseitige Infrastrukturorientierung auf Eisenach in der Vergangenheit (vor der Kreisfreiheit) wirkt sich negativ aus.
2. Sömmerda: Strukturschwacher Landkreis am Rande der Städtereihe (profitiert kaum von der Städtereihe) gekoppelt mit einer spezifischen Pflegeinfrastruktur. In Sömmerda gibt bzw. gab es nur einen Träger, nur Einrichtungen in Plattenbauweise und (in der Konsequenz) eine sehr heterogene, zum Teil nicht pflegebedürftige, jüngere und nur gering pflegebedürftige Bewohnerstruktur. Die Gesamtbewertung ist daher negativ.
3. Eichsfeld: Die noch jüngste Bevölkerungsstruktur in Thüringen gekoppelt mit einer hohen Siedlungsdichte aber niedrigen Bevölkerungsdichte, einer ebenso kleinteiligen Pflegeinfrastruktur sowie einer überdurchschnittlich gut funktionierenden privaten häuslichen Pflege. Viele kleinere Pflegeeinrichtungen, die u.a. einen relativ hohen Anteil nichtpflegebedürftiger Bewohner aufnehmen (aus individuell nachvollziehbaren und sozialen Erwägungen).
4. Nordhausen: Ähnlich dem Eichsfeldkreis, jedoch mit einer Bewertungsverlagerung auf pflegestrukturelle Stärken (Versorgungssituation und Pflegeheimstruktur).
5. Weimarer-Land: Positive Gesamtbewertung durch Lagegunst in der Thüringer Städtereihe (u.a. Infrastrukturausstattung und Wanderungsgewinne), aber auch Abgabe von Versorgungsfunktionen an die kreisfreien Städte.
6. Sonneberg und Hildburghausen: Positive Gesamtbewertung aus der Kombination von Lagegunst an der Landesgrenze und leicht positiver soziodemographischer Situation.

Zusammengefasst zeigen sich topologische Strukturdifferenzierungen bei den Q-Clustern deutlicher als bei den Ward-Clustern. Diese pflegedeterminierte Gliederung Thüringens kann jedoch nicht nach zusammenhängenden Regionen differenzieren. Die Ergebnisse zeigen aber die komprimierten regionalen Disparitäten der vorhergehenden Abschnitte und bestätigen die Plausibilität des Indikatorenmodells.

6.2.3 Vergleich alternativer Clustermethoden

Die dargestellten topologischen Ergebnisse des Indikatorenmodells werden im Folgenden anhand alternativer Clustermethoden (Klassifikationsmethoden) überprüft. Ziel ist nicht nur, die bisherigen Methoden in ihren Ergebnissen gegenüberzustellen (bislang ausschließlich Ward-Cluster und Q-Cluster), sondern auch die Methodenresistenz einzelner Kreise zu untersuchen und zu bewerten.³⁰⁴

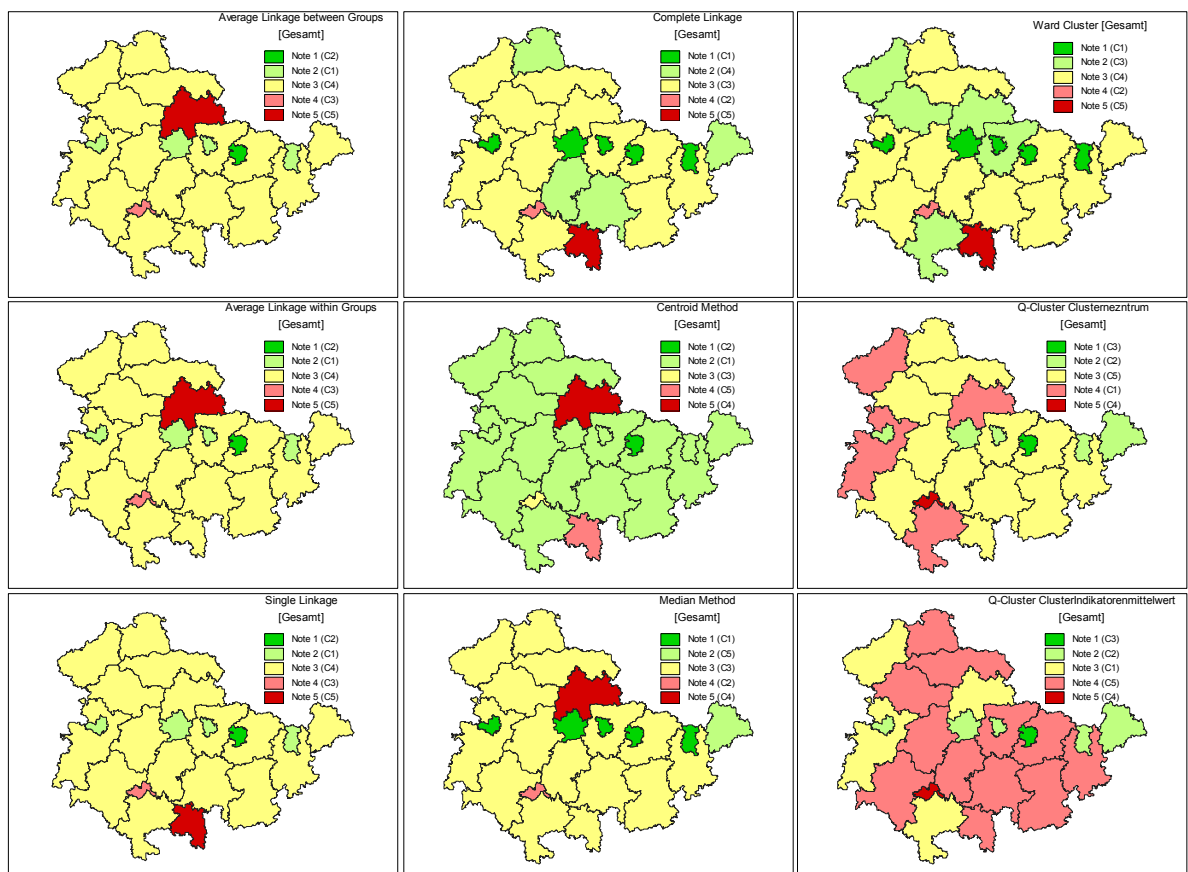
Die Klassifikationsmethoden der Clusteranalyse unterscheiden sich in der Definition der Ähnlichkeit bzw. Unähnlichkeit zwischen zwei Clustern, wenn wenigstens ein Cluster aus mehr als einer Raumeinheit besteht.³⁰⁵ Der Methodenvergleich beinhaltet die bekanntesten und im Statistikprogramm SPSS enthaltenen acht hierarchischen Clustermethoden (s. Anlage I - 2.3: Clusteranalyse). Die Darstellung der Ergebnisse in Karte 6-4 wird zum Vergleich mit dem Sonderfall einer partitionierenden Clustermethode (Bewertung der [Q-Cluster] jeweils nach Indikatoren- und Clusterzentren) ergänzt. Folgende Methoden werden untersucht:

- **Average-Linkage-Methode (AL-Methode):** Durchschnittsverbindung zwischen/innerhalb den/der Gruppen [Average Linkage between/within Groups (ALbG) (ALwG)]. Bei dieser Methode werden die Cluster so zusammengefasst, dass die durchschnittliche Distanz aller Kreise der neuen Cluster untereinander bzw. zueinander möglichst gering ist. Untergruppen sind: „Average Linkage between“ (ALbG: zwischen den Gruppen) und „Average Linkage within Groups“ (ALwG: innerhalb der Gruppen).

³⁰⁴ Die Indikatorengrundlage des Vergleichs alternativer Klassifikationsmethoden ist ein leicht reduziertes Indikatorenmodell [IMP-reduziert]. Daher sind die Teilkarten „Ward-Cluster“ und „Q-Cluster“ in Karte 6-4 nicht mit Karte 6-2 und Karte 6-3 vergleichbar.

³⁰⁵ Unterschiede in der Definition des Clusterzentrums und die Art des Vergleichs von Clusterzentren.

- **Single-Linkage-Methode (SL-Methode):** Aus beiden Clustern werden die am nächsten beieinanderliegenden Fälle (Kreise) aus unterschiedlichen Clustern ausgewählt. Die Distanz zwischen beiden wird als Distanz zwischen den Clustern betrachtet (Clusterdistanz ist die geringste Distanz aus dem paarweisen Vergleich = nächster Nachbar).
- **Complete-Linkage (CL-Methode):** Entsprechend werden hier die beiden Fälle aus unterschiedlichen Clustern ausgewählt, die am weitesten voneinander entfernt sind (Clusterdistanz ist die größte Distanz aus dem paarweisen Vergleich = entferntester Nachbar).
- **Zentroid-Methode (Z-Methode):** Für die beiden Cluster werden die Indikatorenmittelwerte berechnet (multivariates arithmetisches Mittelzentrum = Zentroid). Die Clusterdifferenz ist die Distanz zwischen den gemittelten Werten.
- **Medianmethode (M-Methode):** Hier werden nicht, wie bei der Zentroid-Methode, die arithmetischen Mittel der Indikatoren, sondern ihre Mediane verwendet.
- **Ward-Methode (Ward):** Auch hier werden zunächst die Indikatorenmittelwerte berechnet. Ergänzend werden die quadrierten Euklidischen Distanzen der Fälle (Kreise) in einem Cluster zum Mittelwert berechnet und aufsummiert. Es werden jeweils die beiden Cluster in einem neuen Cluster vereinigt, durch deren Vereinigung die Gesamtsumme der quadrierten Distanzen am wenigsten ansteigt. Die Kreise werden daher schrittweise so vereinigt, dass bei jedem Schritt die Heterogenität innerhalb der Cluster insgesamt minimal wird.
- **Partitionierende Methode [Q-Cluster]:** Nach jedem Schritt und Bestimmung des Clusterzentrums werden alle Fälle (Kreise) bei einem folgenden Schritt erneut zugeordnet (s. Anlage I - 2.3). Die Bewertung erfolgt entweder anhand der theoretischen **Clusterzentren** (rechnerische Größe) oder gemäß der **Indikatorenmittelwerte** der Cluster.



Karte 6-4: Vergleich alternativer Klassifikationsmethoden (reduziertes Indikatorenmodell [IMP-reduziert])

Der erste visuelle Eindruck aus Karte 6-4 vermittelt zunächst sehr unterschiedliche Ergebnisse. Die Bewertung der Cluster erfolgt nach dem Notenspiegelalgorithmus auf der Basis eines reduzierten Indikatorenkatalogs [EI-Auswahl] und [PLI-Auswahl].³⁰⁴ Methodisch ist der Notenvergleich dem Zuordnungsvergleich nach Gruppen untergeordnet. D.h. die Noten sollen die Interpretation der Klassifikationsmethoden lediglich unterstützen und weniger einer vergleichenden inhaltlichen Be-

wertung dienen. Je nach Klassifikationsmethoden haben einzelne Cluster nur einen Kreis, wodurch auch jeweils andere Extrempositionen in der Notenskala resultieren.

Die Ergebnisunterschiede können daher nur nach Gruppenzugehörigkeit beurteilt werden. Ein inhaltlich bewertender Vergleich der Noten ist nicht sinnvoll, da die Notenvergabe gemäß des einheitlich für die Arbeit definierten Bewertungsalgorithmus empfindlich auf sogenannte Verkettungen reagiert. Der Mittelwert nur eines großen Clusters mit vielen Fällen liegt „extremer“, wenn die übrigen Cluster jeweils nur aus einem Fall bestehen (der Mittelwert eines Clusters entspricht dann dem Indikatorenwert). Diese Verkettung entsteht jedoch nahezu bei allen alternativen Klassifikationsmethoden, die überwiegend einen großen Cluster mit fast allen Kreisen bilden (Karte 6-4):

- Die Durchschnittsverbindungen (AL-Methode) zwischen und innerhalb der Gruppen sind identisch. Sömmerda und Suhl bilden jeweils eigenständige Cluster.
- Der Unterschied der Methoden „nächstgelegener“ (SL) und „entferntester Nachbar“ (CL) ist die teilweise bessere Bewertung der Kreise der Note 3 (Neubewertung zur Note 2). Dies führt dazu, dass die kreisfreien Städte (außer Suhl) alle mit 1 bewertet werden können. Die „entferntesten Nachbarn“ minimieren gemäß Definition die maximalen Distanzen der Cluster. Die Differenzierung der großen Gruppe „Note 3“ (nahezu alle Landkreise) ist bei der CL-Methode größer. Diese Gruppe stellt sich tatsächlich nicht so homogen dar, wie das „SL-Clusterergebnis“ erwarten lässt. Die SL-Methode neigt stärker zu sogenannten Verkettungen, die zur Bildung einiger weniger sehr umfangreicher Gruppen führt, während andere Cluster nur wenige bzw. einen Kreis enthalten. Die CL-Methode tendiert hingegen zur Bildung sehr kompakter, in sich homogener Typen, da sie die Ähnlichkeit der unähnlichsten Paare maximiert (vgl. BAHRENBURG/GIESE/NIPPER 1990).
- Zusammen betrachtet unterscheiden sich die Nachbarverbindungen (SL und CL) zu den Durchschnittsverbindungen (AL-Methode) nur durch die vollkommen andere Zuordnung der Landkreise Sömmerda und Sonneberg (jeweils Note 5).
- Die Zentroid-Methode homogenisiert im Vergleich zu den anderen Methoden nahezu alle Kreise zur Notengruppe 2. Die vier „einschlägig bekannten“ Kreise bilden jeweils eigene Gruppen. Die Medianmethode unterscheidet zumindest in einen großen Cluster Landkreise und einen Cluster kreisfreie Städte. Der Erkenntnisgewinn ist dennoch gering.
- Das Ergebnis der partitionierenden Clusteranalyse kann mit dem Notenspiegelalgorithmus sowohl anhand der Indikatorenmittelwerte eines Clusters als auch anhand der rechnerischen Clusterzentren bewertet werden. In partitionierenden Clusterverfahren stehen die theoretischen und iterativ berechneten Clusterzentren im Mittelpunkt des Algorithmus, und die Kreise werden gemäß ihrer Indikatoren fallweise zugeordnet. Die Kreiszuordnungen zu den fünf Clustern sind bei beiden Bewertungsmethoden unverändert aber die unterschiedlichen Benotungsgrundlagen führen zu einer erstaunlichen Spiegelung der Noten 3 und 4 (Cluster 1 und 5). Die Bewertung der Indikatorenmittelwerte fällt negativer aus (Note 4 beim Clusters 5) als die Bewertung des Clusters des errechneten Clusterzentrums (Note 3 beim Clusters 5). Umgekehrt wird das Clusterzentrum der Note 3 (Cluster 1) positiver als die entsprechenden Indikatorenmittelwerte eingeordnet (Note 4). Aufgrund der hohen Indikatorenzahl liegen die errechneten Clusterzentren in zwei Fällen geringfügig positiver bzw. negativer als die zugehörigen Kreisindikatorenwerte tatsächlich sind.

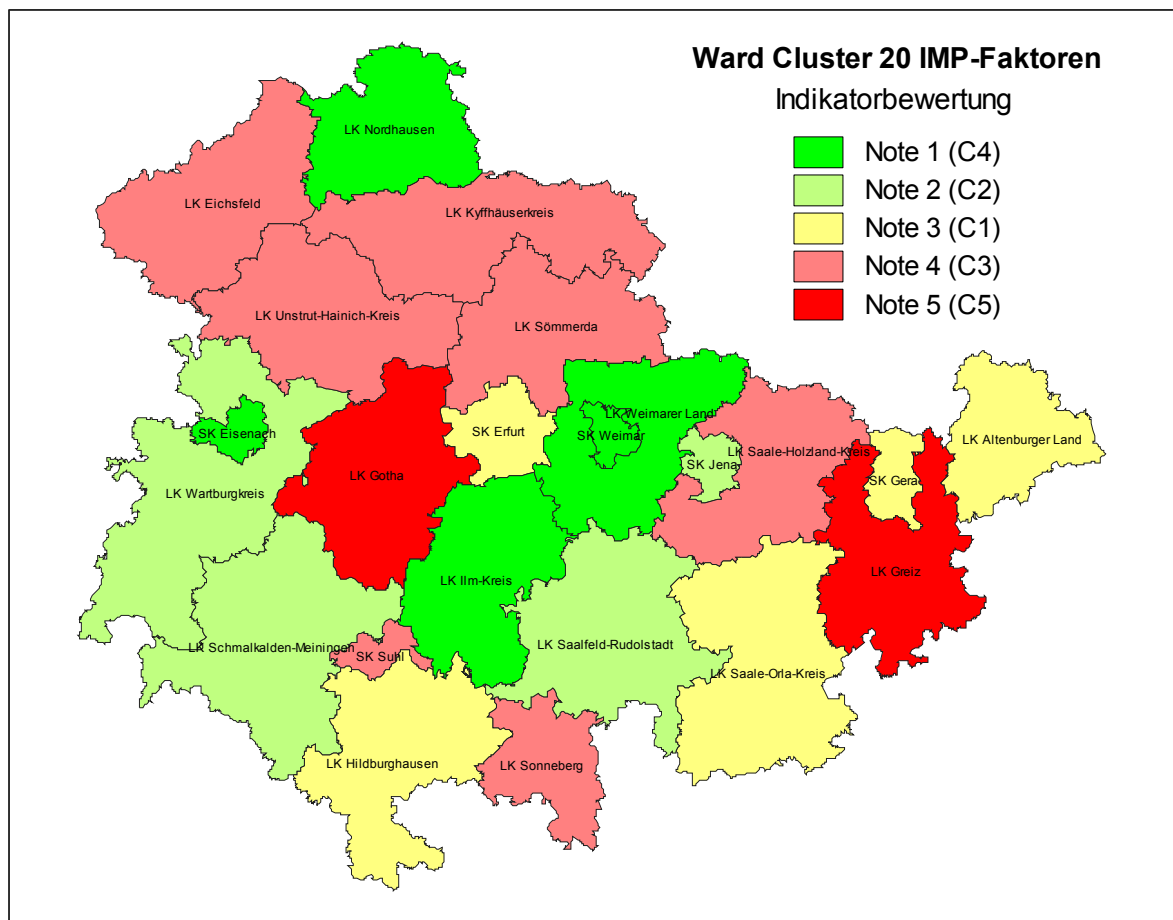
Wichtigster Unterschied der Ward- und Q-Cluster zu allen anderen Methoden ist eine generell höhere Differenzierung und Verteilung der Fälle (Kreise) auf die Cluster. Hintergrund ist, dass die Vereinigung der Gesamtsummen der quadrierten Euklidischen Distanzen der Fälle in einem Cluster ausschlaggebend für die Zuordnung sind. Man kann von einer „feineren“ Zuordnung sprechen, es kommt nicht oder nur kaum zu sogenannten „Verkettungen“. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass mit dem Ward-Algorithmus und dem partitionierenden Clusterverfahren (Q-Cluster mit Clusterzentrenbewertung) die topologisch differenziertesten Ergebnisse erzielt werden können.

6.2.4 Clusteranalyse der Faktoren des Indikatorenmodells [IMP-Faktor]

Mit der Faktorenanalyse wurde die Komplexität des Indikatorenmodells stark reduziert und die Gewichtung der Pflegebedürftigkeit aufgehoben. Zentrales Ergebnis ist das zusammenhängende

Ladungsmuster von stationären Pflegeindikatoren und raumstrukturellen (Verdichtungs-) Indikatoren im 1. Faktor. Bei der Clusteranalyse der Faktorwerte werden diese umfangreichen Indikatoren folglich nur (noch) durch einen Faktor repräsentiert und bewertet. Die statistische Sonderstellung der kreisfreien Städte wird dadurch aufgehoben. Das Ergebnis der Clusteranalyse der IMP-Faktoren kommt damit dem Ziel einer höheren Ausdifferenzierung der Kreise unabhängig von der Kreisart wesentlich näher.³⁰⁶ Dennoch gelten die Einschränkungen bezüglich nicht hinreichend erklärter Indikatoren (vgl. Abschnitt 6.1.2).

Die Interpretation der Cluster erfolgt ebenfalls anhand des einheitlichen Bewertungsalgorithmus.³⁰⁷ Bei der Bewertung ist festzustellen, dass sowohl die Faktormittelwerte als auch die tatsächlichen Indikatorenmittelwerte jedes Clusters zu den gleichen Ergebnissen (Noten) führen. Aufgrund der sehr hohen erklärten Gesamtvarianz aller Faktoren von 98% können daher die Cluster verzerrungsfrei anhand der Indikatorenmittelwerte beurteilt werden. Diese Option resultiert aus der hohen Konsistenz des Indikatorenmodells und erleichtert die Interpretation außerordentlich. Da die Faktoren und ihre Faktorwerte komplexe Stellvertretergrößen darstellen, müsste vor einer Clusterbewertung deren positiv/negativ Orientierung extern, d.h. außerhalb des Indikatorenmodells, geklärt werden. Im Vergleich dazu entspricht die Orientierung der Indikatorenmittelwerte exakt der Indikatorendefinition und ist so unmittelbar im Sinne des Pflegekontextes zu bewerten.³⁰⁷



Karte 6-5: Topologie der Pflegefaktoren (Clusterergebnis der Faktorenanalyse [IMP-Faktor])

Wenn die regionalen Pflegeverflechtungen der Kreise ausgeblendet werden, stimmen die topologischen Erkenntnisse der Clusteranalyse in Karte 6-5 weitestgehend mit den bisherigen Erkenntnissen überein. Die Faktoren bilden zwar die regionalen Versorgungsverflechtungen nicht hinreichend ab, relativieren aber auch den Bedeutungsüberschuss der kreisfreien Städte. Die nördlichen Kreise Thüringens und erwartungsgemäß die Stadt Suhl, der Landkreis Sonneberg sowie der Saale-Holzland-Kreis erfahren dadurch eine schlechte Gesamtbewertung. Aufgrund der Gewichtungsnutralisierung haben hier die Landkreise Greiz und Gotha die ungünstigste Gesamtsituation.

³⁰⁶ Vgl. die Topologien der ersten 10 Faktoren in Detailkarten Tab. 6-2.

³⁰⁷ Vgl. Anlage II Tab. III-17 „Bewertungsmatrix der Clusteranalysen [IMP].“

6.3 Entwicklungstendenzen und zukünftige Disparitäten

Die demographische Alterung der Bevölkerung führt unweigerlich auch zu einem Anstieg der Pflegebedürftigenzahl. So wird im Bericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel“ ein Anstieg der Pflegebedürftigenzahl von heute rd. 2 Millionen bis zum Jahr 2040 auf bis zu 3,3 Millionen und ein Ausgabenanstieg um mehr als 90 Prozent (vgl. BUNDESTAG 2002) prognostiziert. Das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung errechnet für das Jahr 2050 sogar eine Pflegebedürftigenzahl von rd. 4,7 Millionen (vgl. SCHULZ/LEIDL/KÖNIG 2001).

In welcher Form sich die Struktur der Pflegebedürftigkeit verändern wird, ist jedoch weitgehend ungeklärt. Mit Sicherheit ist aber ein stetig wachsender Anteil Schwerstpflegebedürftiger zu erwarten. Auch Veränderungen zur Art der Pflege sind noch offen, wie z.B. die Weiterentwicklung professioneller Pflegeinfrastrukturen, wobei ein zweites Sonderinvestitionsprogramm sehr unwahrscheinlich sein wird.

Mit den typologischen und topologischen Ergebnissen der vorliegenden Arbeit wurde ein Modellsystem komplexer Einflussituationen und räumlicher Bezüge aufgestellt. Danach ist der zukünftige Pflegebedarf nicht nur aus der demographischen Alterung abzuleiten (z.B. aus der Seniorenanzahl und Lebenserwartung). Elementare Bedarfsveränderungen ergeben sich u.a. auch aus Veränderungen der gesamten und altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeit (als Folge des medizinisch-technischen Fortschritts), weiter ansteigender Schwere der Pflegebedürftigkeit, aus rückläufigen informellen Pflegepotentialen oder infrastrukturellen Zugangsproblemen bei wachsenden regionalen Disparitäten. Damit liefert das vorgestellte Indikatorensystem nicht nur eine umfangreiche Datengrundlage, sondern definiert auch die komplexen Einflussbeziehungen, die als Grundlage zukünftiger Forschungsarbeiten oder konkreter Bedarfsplanungen dienen können.

Eine grundsätzliche Einordnung des Modellsystems zur Pflegelandschaft in die Entwicklungstendenzen erfolgt daher nur exemplarisch anhand empirisch nachvollziehbarer Parameter. Alle Ergebnisse und Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit verweisen auf grundsätzlich notwendige strukturelle und politische Reformen. Dementsprechend werden auch nur die empirisch bestätigten Pflegewahrscheinlichkeiten unterschiedlicher Altersgruppen prognostisch zugrundegelegt, ohne die Risiken künftiger Generationen oder veränderter informeller/familiärer Pflegepotentiale abzuschätzen.

Aussagen zum Pflegebedürftigkeitsrisiko zukünftiger Altersgenerationen sind zudem höchst unterschiedlich. Sie verweisen sowohl auf die Zunahme des allgemeinen Pflegebedürftigkeitsrisikos aufgrund der steigenden Lebenserwartung, als auch auf einen Rückgang aufgrund steigender medizinischer Versorgung und Prävention (vgl. SCHULZ/LEIDL/KÖNIG 2001).

6.3.1 Entwicklungsprognose der Pflegebedürftigkeit und Pflegeinfrastruktur in Thüringen

Ausgehend von der gegenwärtigen Struktur der Pflegebedürftigkeit und altersspezifischen Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen im Jahr 1999 ist anzunehmen, dass sich die Anzahl der Pflegesachleistungsempfänger in Thüringen bis 2050 auf mindestens 50 Tsd. Pflegebedürftige erhöhen wird. (s. Abb. 6-11). Diese zu erwartende Verdoppelung nur der professionellen Pflegeleistungen spannt einen Entwicklungskorridor der ambulanten und stationären Pflege auf, indem das Verhältnis ambulanter zu stationärer Pflege lediglich fortgeschrieben wurde und Veränderungen der privaten/häuslichen Pflege (Pflegegeldleistungen) unberücksichtigt bleiben.

Angesichts dieser hohen absoluten Zahlen eines zukünftigen professionellen Pflegebedarfs, sind aus heutiger Perspektive die Veränderungen z.B. bei der Pflegewahrscheinlichkeit oder dem Pflegepotential von untergeordneter Bedeutung. Alle bisherigen Erkenntnisse zeigen bereits heute Versorgungsprobleme, deren Quantifizierung hier nicht eingehend diskutiert werden muss.

Der Fokus auf die professionelle Pflege (und deren Infrastruktur) ist jedoch entscheidend, um zu den Konsequenzen der demographischen Alterung auch die begrenzten Möglichkeiten der stationären Pflege darzustellen. Die Forderung nach neuen Pflegeheimkapazitäten aufgrund des steigenden Bedarfs relativiert sich schnell vor den nachfolgend dargestellten Größenordnungen des Bedarfsanstiegs. Bedeutender sind daher Alternativen zur stationären Pflege.

Mit den detaillierten Ergebnissen der Erhebungen des Autors können die Entwicklungsparameter der stationären und teilstationären Pflegeinfrastrukturversorgung weit ausdifferenziert und als Status quo prognostiziert werden. Anhand alternativer Parametersetzungen wird der dringende struktu-

relle Handlungsbedarf deutlich. Neben politisch determinierten Bedarfsrichtwerten sind vor allem die empirisch bestätigten und indikatorengestützten Bedarfssparameter³⁰⁸ relevant. So wurde bei Einführung der Pflegeversicherung z.B. ein Bedarfsanhaltswert von rd. 3,0 Plätzen je 100 Senioren in Thüringen als ausreichend angesehen, der sich empirisch als völlig unzureichend herausstellte.

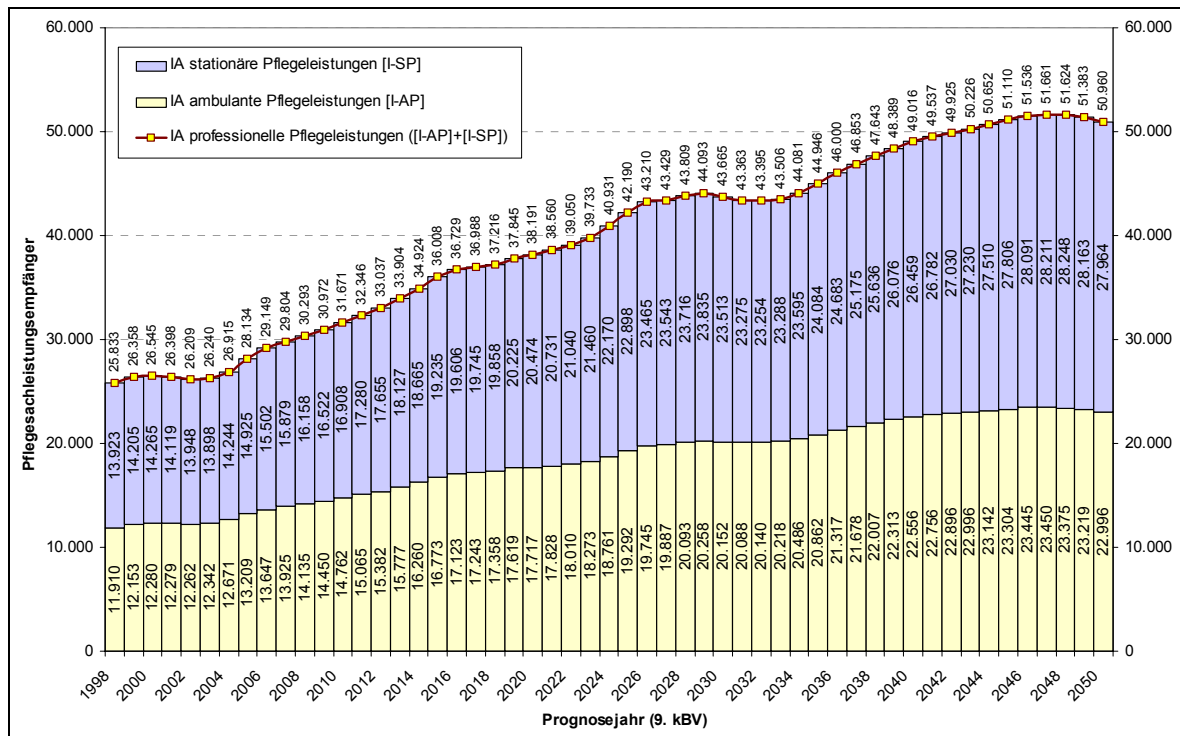


Abb. 6-11: Entwicklung der Leistungsempfänger professioneller Pflegeleistungen in Thüringen bis 2050

Der Vergleich alternativer Parametersetzungen zum Pflegebedarf ermöglicht vor allem grundsätzliche Aussagen zur notwendigen Umstrukturierung der Inanspruchnahme zukünftiger Bedarfsentwicklungen. Insbesondere der Fokus einer altersspezifischen Pflegebedürftigeninanspruchnahme in Thüringen (SQ4: BIA_{SGBXI} altersss.Thü.) beschreibt die zeitlich sehr dynamische Bedarfsentwicklung. Zwar wurden für Thüringen bisher keine verbindlichen Bedarfs- oder Versorgungsrichtwerte formuliert, aber der Autor hat erstmalig im 2. Thüringer Landespflegeplan (ZOBEL 1998) die Konsequenzen dieser altersspezifischen Bedarfsberechnung dargestellt. Bereits Fortschreibung des Status quo verdeutlicht die eigentliche Strukturproblematik der professionellen Pflege, unabhängig einer durchaus unsicheren Bedarfsquantifizierung (s. Abb. 6-12 und in Zahlen Tab. III-5).³⁰⁹:

- Je nach Berechnungsparameter³⁰⁹ liegt im Prognoseendjahr 2050 der 9. kBV in Thüringen der rechnerische Bedarf zwischen rd. 17 Tsd. und 31 Tsd. Vollstationären Pflegeheimplätzen. Diesem Mehrbedarf steht gegenwärtig eine Gesamtplatzkapazität von rd. 15 Tsd. Plätzen als Ergebnis umfangreicher Investitionsmaßnahmen der 1990er Jahren gegenüber.
- Auffällig ist, dass starre Verhältnisparameter ohne Differenzierung nach Altersgruppen (z.B. [SQ1] oder [SQ2]) zu einer relativ konstanten Zunahme des Pflegeplatzbedarfs führen. Soll

³⁰⁸ Sowohl in der Fortschreibung des „erreichten“ Versorgungsgrads [VG], einer allgemeinen oder spezifizierten Inanspruchnahme [BIA] als auch in Form einer Anpassung an Pflegeprävalenzen der Alterskohorten.

³⁰⁹ Die Entwicklung des stationären Pflegebedarfs wird mit folgenden alternativen Parametern entsprechend den Ergebnissen der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung Thüringens errechnet:

- Fortschreibung des empirisch bestätigten Bedarfs (Status Quo [SQ]):
 - [SQ1] Versorgungsgrad (VG) 1999: 3,9 Pflegeplätze je 100 Senioren.
 - [SQ2] Bewohnerinanspruchnahme (BIA) 1999: 3,8 Pflegeplätze je 100 Senioren.
 - [SQ3] Pflegebedürftigeninanspruchnahme (BIA_{SGBXI}) 1999: 3,4 Pflegeplätze je 100 Senioren.
 - [SQ4] altersspezifische Pflegebedürftigeninanspruchnahme in Thüringen (BIA_{SGBXI} altersss.Thü.) 1999: Summe der Inanspruchnahme der Altersgruppen der Umfrage (vgl. Abschnitt 5.2.4).
- Politisch determinierte Richtwerte als Zielvorgabe in Varianten:
 - Variante I: 3,0 Pflegeplätze je 100 Senioren (entspricht dem Diskussionsstand Mitte der 1990er Jahre)
 - Variante III: 4,0 Pflegeplätze je 100 Senioren (mit Variante I wird eine Bedarfsmarge gebildet)
 - Variante IV: Analog zur BIA_{altersss.Thü.} wird für Thüringen die Summe altersspezifischer Richtwerte gebildet. Unterstellt wird, dass die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen in der Altersgruppe „unter 65 Jahre“ bei 0,15%, „65 bis 75 Jahre“ bei 0,80%, „75 bis 85 Jahre“ bei 3,50% und „über 85 Jahre“ bei 18,0% konstant liegen wird. Die notwendige Platzkapazität errechnet sich aus der Größe der entsprechenden Alterskohorten.

z.B. der gegenwärtige Versorgungsgrad von rd. 3,9 Pflegeplätzen je 100 Senioren als „Richtwert“ auch in Zukunft konstant aufrecht gehalten werden, entsteht ein zusätzlicher Bedarf im Jahr 2020 von rd. 5.700 Pflegeplätzen [SQ1] (im Jahr 2050 rd. 7.300). Rechnerisch entspricht dieser Wert rd. 71 neuen Pflegeheimen bei einer durchschnittlichen Kapazität von 80 Plätzen.

- Davon deutlich abgesetzt ist die Fortschreibung der altersspezifischen Inanspruchnahme stationärer Pflegeleistungen ([SQ4]: $BIA_{\text{SGBXI alterssp. Thü.}}$). Danach geht der Platzbedarf bis zum Jahr 2004 zunächst leicht zurück, um danach deutlich stärker anzusteigen. Im Jahr 2020 liegt der Platzbedarf bereits bei rd. 18.700 Pflegeplätzen. Das Maximum wird nicht wie beim Versorgungsgrad [SQ1] im Jahr 2034 sondern erst im Jahr 2048 mit rd. 26 Tsd. Pflegeplätzen erreicht. Das entspricht rechnerisch 137 neuen Pflegeheimen.

Der Vergleich offenbart auch ein charakteristisches Merkmal der öffentlichen und politischen Sensibilisierung und Problemwahrnehmung. Für die kommenden Jahre zeigt ein altersspezifizierter Bedarfsparameter zunächst eine trügerische Beruhigung der Pflegeplatznachfrage.³¹⁰ Erst das lange Zeitfenster verweist auf den dann umso drastischeren und nachhaltigen Bedarfsanstieg.

Die derzeitige Inanspruchnahmestruktur professioneller Pflegeleistungen muss sich daher nachhaltig ändern. Die einzige Alternative zur vollstationären Pflege ist die ambulante Pflege. Wichtig für die ambulante Pflege ist die Unterstützung durch teilstationäre Pflegeangebote (Tages- und Kurzzeitpflege). Zum teilstationären Bedarf und einer konkreten Bedarfsentwicklung der Kurzzeit- und Tagespflege liegen aber nur wenige/unsichere Erfahrungen und Erkenntnisse vor. Vereinfacht besteht im Jahr 2020 in Thüringen ein rechnerischer Bedarf in der Kurzzeitpflege von rd. 1.500 Plätzen (bei 0,6 Kurzzeitpflegeplätzen je 100 Personen „75 Jahre und älter“) und in der Tagespflege von rd. 1.600 Plätzen (bei 0,3 Plätzen je 100 Personen „65 Jahre und älter“). Da das Angebot in Thüringen nicht nur sehr gering sondern regional vollkommen unterschiedlich ist, sind solche Aussagen aber wenig zielführend. Tatsache ist, dass nur ein erheblich höheres und wohnortnahes Angebot an Kurzzeit- und Tagespflege den zu erwartenden Nachfragedruck auf vollstationäre Pflegeplätze abmildern bzw. zeitlich verzögern wird. Erst damit kann der Grundsatz ambulant vor teilstationär und vollstationär verwirklicht werden.³¹¹ Obwohl die methodisch empirische Datengrundlage abgesichert ist, werden zur Zeit noch keine massiven Kompensationsleistungen durch die teilstationäre Pflege messbar.

Die Tragweite des zukünftigen Pflegebedarfs wird aber erst im regionalen Maßstab ersichtlich. Die Erkenntnisse zu regionalen Versorgungsverflechtungen, pflegebedingten Wanderungen und infrastrukturellen Disparitäten (in Abschnitt 5.2.4) haben auf alle vorhergehenden Bedarfsszenarien großen Einfluss. Neben dem regionalen Versorgungsgrad [VG_{Kreis}] und der regionalen altersspezifizierten Bewohnerinanspruchnahme [$BIA_{\text{alterssp. Kreis}}$] ist die tatsächliche Inanspruchnahme stationärer Pflegeleistungen (alle stationären Bewohner aus dem Kreis pflegebedingter Wanderungen) [BIA_{real}] von zentraler Bedeutung zur Abschätzung zukünftiger Disparitäten (s. Abb. 6-13):

- Um den regionalen Versorgungsgrad bis ins Jahr 2020 konstant zu halten, wären z.B. in Erfurt insgesamt sieben neue Pflegeeinrichtungen mit einer durchschnittlichen Kapazität von 80 Pflegeplätzen notwendig.
- Wird die reale Inanspruchnahme der Kreise berücksichtigt (regionale Selbstversorgung), benötigt Erfurt lediglich drei neue Pflegeeinrichtungen, um den eigenen Bedarf zu decken.
- Andererseits haben dann die Kreise, die gegenwärtig ihre Versorgungsfunktionen teilweise abgeben, ihrerseits beachtliche neue Pflegeplatzkapazitäten aufzubauen. So benötigt der Saale-Holzland-Kreis bis 2020 theoretisch vier neue Pflegeeinrichtungen um der tatsächlichen Bedarfslage im Kreis gerecht werden zu können.

Der Anteil dieses Mehrbedarfs stationärer Pflegeplätze an der gegenwärtig vorhandenen Kapazität erklärt die konkreten regionalen Herausforderungen, die sich aus der Bevölkerungsentwicklung ergeben werden. So benötigt z.B. der Saale-Holzland-Kreis zusätzlich rd. 73% der vor Ort zur Zeit vorhandenen Pflegeplatzkapazitäten, um der zukünftigen regionalen Bedarfslage gerecht zu werden

³¹⁰ Der Entwicklungstrend der altersspezifischen Inanspruchnahme ($BIA_{\text{SGBXI alterssp. Thü.}}$) liegt bis etwas 2010 sogar unterhalb eines fortgeschriebenen Versorgungsgrades.

³¹¹ Insbesondere auch für jüngere Pflegebedürftige (Multiple Sklerose-Kranke, Pflegebedürftige mit Parkinson-Syndrom, Pflegebedürftige mit einem Apoplex oder mit chronischen Hirnschädigungen als Unfallfolge).

(s. Anlage Karte III-18). Das Unsicherheitspotential der Bedarfsvorausschätzung liegt zudem nicht nur in der unwahrscheinlichen Annahme zukünftig konstanter Pflegeprävalenzen der Alterskohorten. Vielmehr werden sich regionale Disparitäten der gesamten Einflussituation weiter verstärken. Das betrifft nach heutigem Kenntnisstand am stärksten das regionale informelle Pflegepotential.

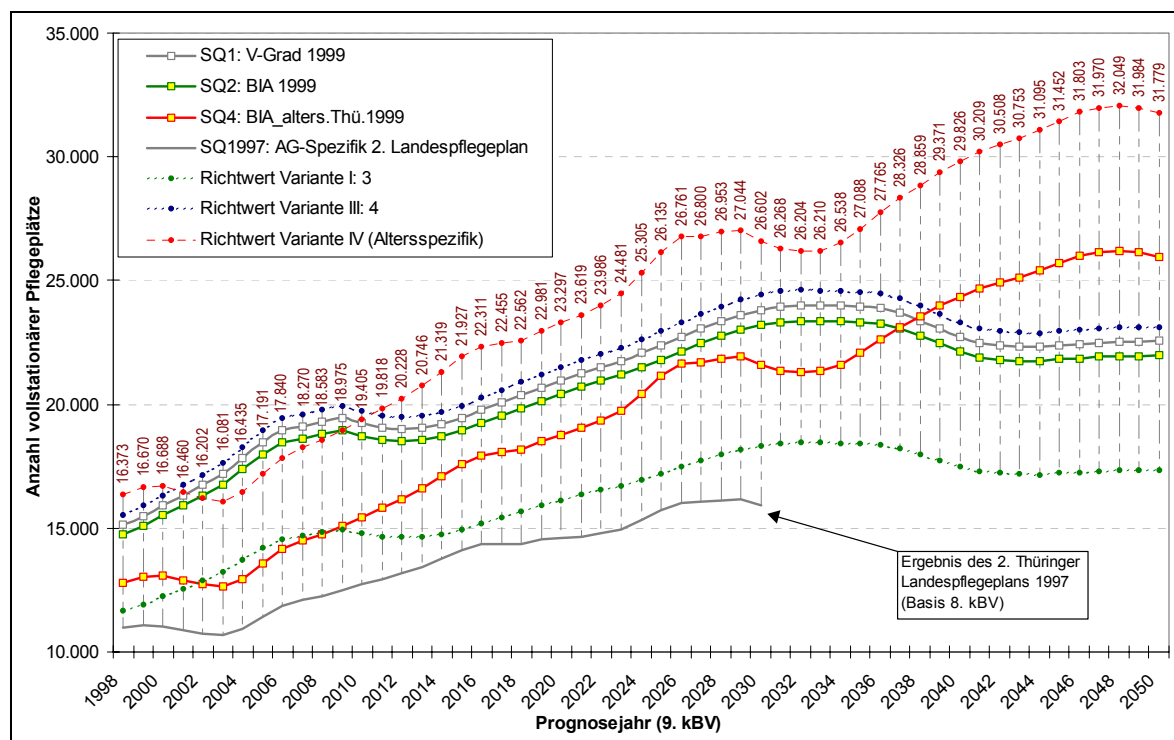


Abb. 6-12: Entwicklung des stationären Pflegeplatzbedarfs in Thüringen 2000 bis 2050

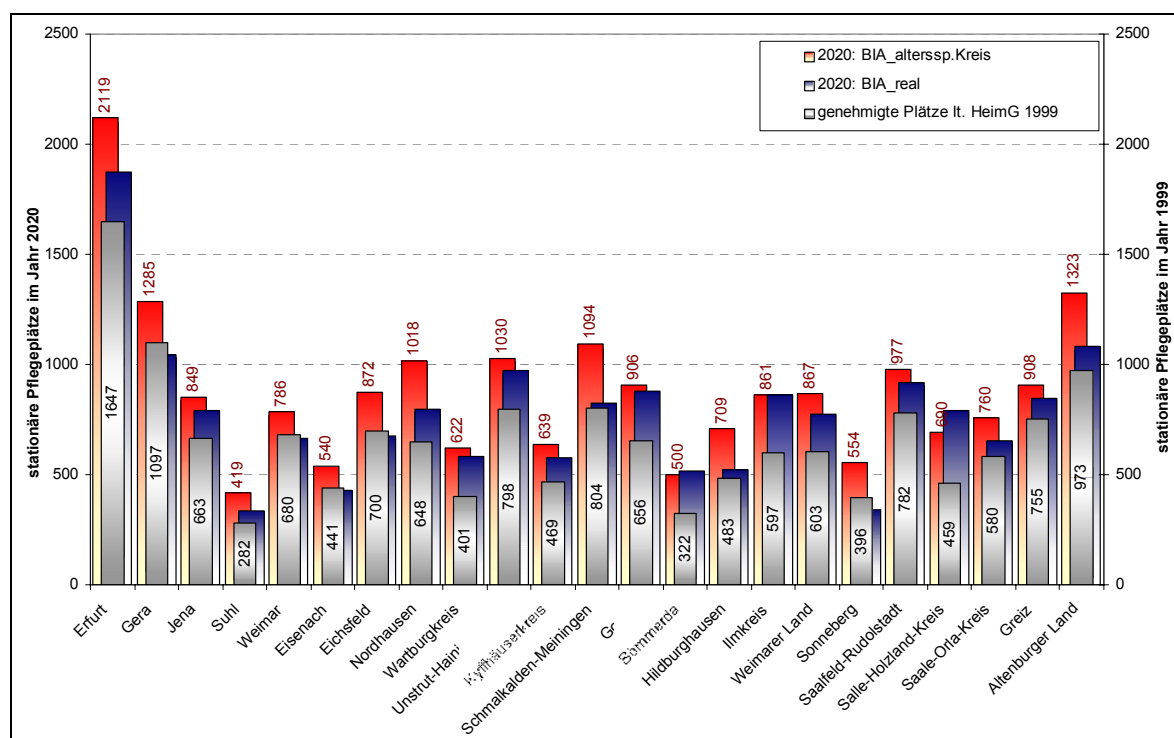


Abb. 6-13: Stationärer Pflegeplatzbedarf im Jahr 2020 nach Landkreisen und kreisfreien Städten

6.3.2 Gesamtopologie – zukünftige Disparitäten

Die künftigen Disparitäten der Pflegelandschaft sind kaum aus einer Fortschreibung der vergangenen Entwicklung abzuleiten (vgl. vorhergehenden Abschnitt 6.3.1). Zwar sind die zu erwartenden quantitativen Dimensionen der Bevölkerungsalterung und Pflegeproblematik für die grundsätzli-

chen Strukturreformen dringend notwendig (u.a. der Finanzierungssysteme), doch teilweise gehen die regionalen Herausforderungen deutlich über diese Problemlagen hinaus.

Die bisherigen Ergebnisse des Indikatorenmodells Pflege setzten einen Kausalzusammenhang zwischen Einfluss- und Pflegelandschaftsindikatoren voraus. Ein solcher Zusammenhang ist zwar grundsätzlich durch zahlreiche Einzeluntersuchungen in dieser Arbeit bewiesen worden, eine direkte Abhängigkeit mit Blick auf die zukünftige Entwicklung kann aufgrund der erst geringen Erfahrungen über die zukünftige Entwicklung der Pflegebedürftigkeit auch weiterhin nur angenommen werden. Das Zeitfenster der Untersuchungen auf der Basis von vier Primärerhebungen ist hierzu noch nicht ausreichend. Auch die in der vorliegenden Arbeit methodisch notwendige und durchaus signifikante Grobkategorisierung in kreisfreie Städte und Landkreise ist inhaltlich nicht immer zufriedenstellend. So ergänzen sich oft stationäre und raumstrukturelle Indikatoren und Faktoren und beschreiben einen gemeinsamen Sachverhalt: „Verdichtung mit hohem Versorgungsangebot“.

Das Indikatorenmodell und die Datenstruktur ermöglichen grundsätzlich weitere und feinere regionale Differenzierungen z.B. nach Gemeinden oder Postleitzahlen. Zahlreiche Beispiele verweisen eindringlich auf den damit möglichen weiteren Erklärungsgewinn (z.B. anhand spezifisch regionaler Pflegemerkmale und -prävalenzen in Karte 5-3 oder Karte 5-5). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sollte diese weitere Ausdifferenzierung in ihrer Gesamtheit aber nicht weiter verfolgt werden. Das Indikatorenmodell Pflege kristallisiert daher überwiegend kreisspezifische Problemsituationen heraus, die zu generalisierten regionalen Einordnungen und Bewertungen z.B. eines besonderen Handlungsbedarf führen können.

Aufschlussreich für die generalisierende Kreisbetrachtung sind daher auch vergleichende Gegenüberstellungen von Einfluss- und Pflegesituation. Hierzu werden die Abschlussbewertungen der Regionen (Kreise) jeweils nach Einfluss- und Pflegelandschaftsindikatoren herangezogen und verglichen (vgl. Abschnitte 4.5.6 und 5.5.6). Alle Kreise werden gemäß ihrer Pflegenoten (Beschreibung der Pflegesituation) und den ermittelten pflegedeterminierenden soziodemographischen und raumstrukturellen Noten bewertet.³¹² Daraus resultiert eine Gesamttopologie der Situation in den Kreisen Thüringens nach qualitativen Werturteilen der jeweiligen Einzelbenotungen. Diese Gegenüberstellung erlaubt insbesondere Aussagen zur regionalen Perspektive. Die kreisstrukturelle Situation wird perspektivisch und gesamtcharakterisierend zusammengefasst (s. Karte 6-6):

- **Sehr gute** soziodemographische und raumstrukturelle Situation mit einer **sehr guten** Pflegesituation. Hierunter fällt nur die kreisfreie Stadt Jena.
- Eine ebenfalls **sehr gute Pflegesituation** aber verbunden mit einer nur **guten** bzw. **befriedigenden** soziodemographischen und raumstrukturellen Situation haben die Kreise Hildburghausen, Weimar und Eisenach.
- **Schlechte** soziodemographische und raumstrukturelle Situation mit einer ebenfalls **schlechten** Pflegesituation. Diese Position nehmen nur der Landkreis Sonneberg und die kreisfreie Stadt Suhl ein.
- **Schlechte** soziodemographische und raumstrukturelle Situation aber mit einer (noch) **sehr guten bzw. guten** Pflegesituation. Diese Einschätzung betrifft alle östlichen und südöstlichen Kreise (inklusive Gera), die Landeshauptstadt Erfurt und den Landkreis Nordhausen. Anzumerken ist, dass die schlechte Situation der Einflussindikatoren maßgeblich durch die negative soziodemographische Struktur und Entwicklung bestimmt wird.

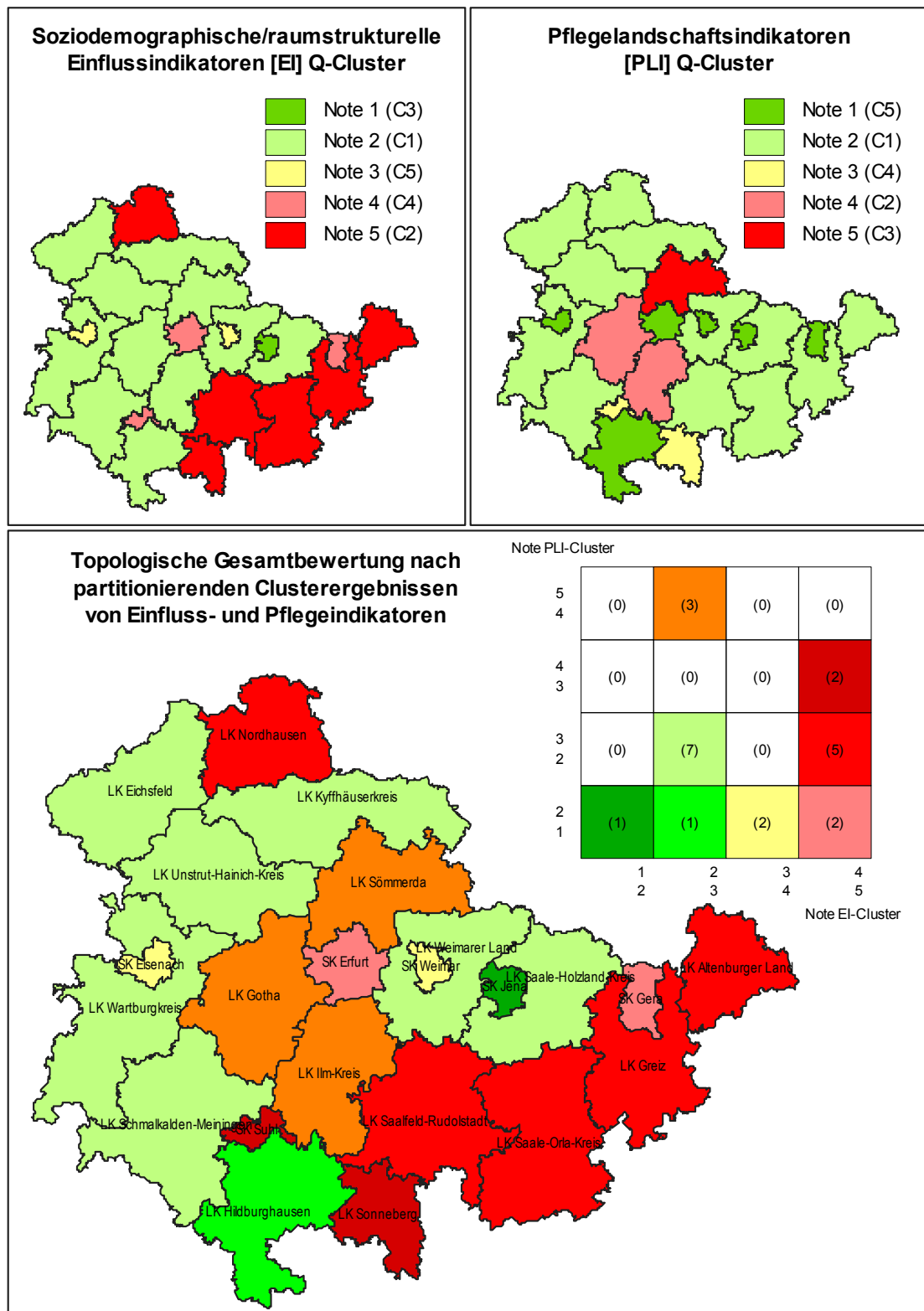
Die Anzahl der Kreise je Benotungsgruppe verdeutlicht bereits die Disparität. Im einzelnen ergeben sich drei räumlich zusammenhängende Strukturen.

- Die auffälligste Struktur haben die Kreise im Südosten Thüringens. Der schlechten demographisch/raumstrukturellen Basis steht eine noch gute Pflegestruktur (auch Infrastruktur) gegenüber (in der Stadt Gera sogar sehr gute Pflegestruktur).
- Eine weitere Struktur aus drei ähnlichen und zusammenhängenden Kreisen bildet sich um die Landeshauptstadt Erfurt heraus. Hier treffen noch gute Einflussindikatoren auf eine unzureichende Pflegestruktur.

³¹² Aus den Erkenntnissen der Kapitel 4 und 5 und wie in den Ergebnissen der Abschnitte II - 5.2 und 5.5.6 dokumentiert.

- Die größte Benotungsgruppe bilden sieben Landkreise, die sowohl bei den Einflussindikatoren als auch den Pflegeindikatoren gute Noten erhalten. Diese Gruppe wird ergänzt durch den Landkreis Hildburghausen mit sehr guter Pflegestruktur.

Diese Gesamtopologie stellt die am stärksten abstrahierte und generalisierte Betrachtungsweise des Pflegemodells dar. Differenzierte Aussagen zu Besonderheiten der Kreise (Potentiale aber auch Defizite wie bei der Stadt Suhl) werden durch die Gesamtbenotung nicht möglich. Aber die Konzeption des hier vorgestellten Pflegemodells ermöglicht, zu jeder Zeit alle Details der Einfluss- und Pflegesituation in jeder regionalen Gliederungsebene abzurufen.



Karte 6-6: Topologische Gesamtbewertung der Einfluss- und Pflegelandschaftsindikatoren

7 Zusammenfassung, Schlussfolgerung und Ausblick

Zusammenfassung – Konstellation und Charakteristik
der Pflegelandschaft Thüringens

Synthesen und Schlussfolgerungen

Fazit und Ausblick für die Fach- und Raumplanung



Altwerden ist wie auf einen Berg steigen.
Je höher man kommt, desto mehr Kräfte sind
verbraucht, aber um so weiter sieht man.

(Ingrid Bergman)

7 ZUSAMMENFASSUNG, SCHLUSSFOLGERUNG UND AUSBLICK

Der Autor ist sich bewusst, dass diese Arbeit z.T. und ganz besonders das Ende der Zusammenschrift in einen Zeitraum großer sozialer Umbrüche fällt, welche selbstverständlich die Pflege in ihrer grundsätzlichen Struktur sowie auch ihrer Durchführung tangieren und nicht unbeeinflusst lassen (s. insbesondere den einleitenden Abschnitt 2.4 und den abschließenden Abschnitt 7.3).

Bereits 1991 formulierte PREIBLER eine Vision von Landstrichen im Osten ohne junge Menschen, in denen „Alte, Kranke und moralisch Gebrochene“ zurückbleiben und die „gesündesten, qualifiziertesten, leistungsfähigsten“ Menschen in den Westen abgewandert sind.³¹³ Rund zehn Jahre später häufen sich in den Medien Berichte über den „Schwund junger Menschen“, zur Ausbreitung der „Hoffnungslosigkeit“ in vielen Regionen und Städten der neuen Bundesländer, und zum Leerstand ganzer Wohngebiete mit spektakulären Abrissbildern. Diese Abwanderungsbewegungen aus den neuen Bundesländern werden zudem nachhaltig vom demographischen Wandel in der gesamten Bundesrepublik überlagert. Gerade dieser demographische Wandel und insbesondere die Bevölkerungsalterung werden polarisierend und kontrovers thematisiert, und auch zu einem Kampf oder Krieg der Generationen polemisiert.³¹⁴

Diese Problematik – subsumiert aus den Stichworten (Reizworten) wie Alterung, Schrumpfung, Abwanderung –, verbunden mit der Notwendigkeit, verlässliches Datenmaterials für eine möglichst umfassende Zustandsanalyse der Pflegesituation in Thüringen bereitzustellen, steckt den Rahmen der vorliegenden Arbeit ab. Insofern erläutert das einleitende Grundlagenkapitel 2 (S. 5f.) neben dieser normativen Faktenlage der demographischen Situation in Deutschland auch die Ausgangsprämissen der Senioren- und Pflegeethematik. Immerhin zeigt die Synopsis zur demographischen Situation und Entwicklung in Thüringen und Deutschland inzwischen eine hohe Übereinstimmung der Quellen zur Faktenlage (vgl. Abschnitt 2.1.3 und 2.1.4). Zunehmend kontrovers sind hingegen die daraus abzuleitenden Konsequenzen und Positionen eines möglichen Handlungsrahmens (vgl. Abschnitt 2.4). Als pflegerrelevante Einflussituation sind diese komplexen Rahmenbedingungen aber nicht nur Prämisse der empirischen Ergebnisse und Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit, sondern implementieren die Pflegeethematik als brisante räumliche Komponente in den Komplex des demographischen Wandels (gewissermaßen als landeskundlicher Impuls).

Daher sind die Ableitungen und Schlussfolgerungen des demographischen Wandels und der räumlichen Schrumpfungsprozesse aus Abschnitt 2.4 nicht nur pflegedeterminierend, sondern gleichsam auch pflegedeterminiert. Sie stehen sinnbildlich für die gesamte demographische Herausforderung und den Umgang mit älteren Menschen. Von zentraler Bedeutung sind:

- Der demographische Wandel ist nicht reversibel und führt zu stark anwachsenden regionalen Bevölkerungsdisparitäten besonders in und für die neuen Bundesländer. Die Tatsache, dass ein politisches Gegensteuern zumindest mittelfristig die demographische Problemsituation kaum beeinflussen kann, definiert die demographische Übergangsphase als die zentrale Herausforderung – insbesondere für die zur Zeit älteren und alten Bevölkerungsgruppen (Abschnitt 2.4.1).
- Die räumliche Dimension des demographischen Wandels führt zu nachhaltigen und sich dynamisch selbst verstärkenden regionalen und urbanen Schrumpfungsprozessen. Diese werden weit über den gegenwärtig diskutierten „Stadtumbau Ost“ hinausgehen und mit massiven Infrastruktur- und Versorgungsproblemen verbunden sein (Abschnitt 2.4.2).

Dabei ist nicht bloß die relative Kinderlosigkeit zukünftiger Senioren für alle Formen der solidarischen Sozialversicherungen problematisch, sondern auch strukturelle Veränderungen informeller Netzwerke, wie Freundschafts- und Verwandtenbeziehungen und damit letztlich deren Hilfe- und Pflegeleistungen. Daher sind die aktuellen Pflegeprobleme ausgesprochen besorgniserregend:

- Der Pflegeversicherung mit ihren Leistungen stehen bereits heute gravierende Mängel in der Pflegequalität und menschlichen Zuwendung gegenüber. Angesichts steigender Pflegebedürftigkeitszahlen, rückläufiger informeller/häuslicher Pflegepotentiale und veränderten Finanzierungs- und Fördermöglichkeiten zeichnet sich bereits gegenwärtig ein noch breiteres Aufgabenspekt-

³¹³ PREIBLER, INGO: Kein Ende bei „Go West“ abzusehen, in: Berliner Zeitung vom 14.5.1991: 19.

³¹⁴ „Die Gesellschaft Deutschlands in ihrer bekannten Form stirbt“ und es wird „kein Stein dieser Gesellschaft auf dem anderen bleiben, keine uns bekannte Ordnung den sich aufbauenden Veränderungssturm unbeschädigt überleben“. „Junge Deutsche werden zu einer seltenen Spezies.“ „Der Sozialstaat geht in die Knie, der Wohlstand schmilzt wie Butter in der Sonne“ TICHY (2001).

rum und zusätzliche Problemkonstellationen ab, als es der aktuelle „Pflegenotstand“ ohnehin schon andeutet (Abschnitt 2.4.3).

Demzufolge steht dieses abschließende Kapitel 7 „Zusammenfassung, Schlussfolgerung und Ausblick“ im Spannungsverhältnis einer noch immer oft zu optimistisch eingeschätzten gesamten und regionalen Entwicklung. Es fehlen weiterhin gesamtgesellschaftliche Reaktionen und Handlungsstrategien, gleichwohl bereits aktuelle eklatante Pflegeprobleme und -defizite offensichtlich sind. Die früher oft erkennbaren Schwierigkeiten bezüglich der Datenlage – sowohl was die Verfügbarkeit betrifft als auch die Kohärenz der Daten, insbesondere bei detailorientierten Aussagen und unterschiedlichen Quellen – konnten für Thüringen mit der vorliegenden Arbeit umfassend geklärt werden (s. nachfolgende Zusammenfassung der empirischen und explorativen Forschungsergebnisse „Konstellation und Charakteristik der Pflegelandschaft Thüringens“ in Abschnitt 7.1).

Insgesamt fallen die Synthesen und Schlussfolgerungen zur gegenwärtigen Gesamtsituation der Pflegelandschaft Thüringens durchaus positiv aus. Dennoch bestehen bereits heute gravierende regionale Disparitäten und das Abhängigkeitsgefüge insbesondere der ausschlaggebenden Pflegeleistungsstruktur von den Einflussindikatoren ist offensichtlich (Abschnitt 7.2).

So wird das Fazit und der Ausblick für die Fachplanung Pflege und die querschnittsorientierte Raumplanung vor allem von der Erkenntnis bestimmt, dass eine übereinstimmende Zielorientierung mit einem integrierten, übergeordneten Leitbild unentbehrlich für die Phasen demographischer Umgangsprozesse wird. Zur Identifizierung der vielschichtigen Problemlagen demographischer Übergangsphasen wird die laufende Raumbeobachtung und das Monitoring der Pflege, z.B. in der hier vorgestellten Form, die entscheidende Voraussetzung sein. (Abschnitt 7.3).

7.1 Zusammenfassung – Konstellation und Charakteristik der Pflegelandschaft Thüringens

Das System professioneller Pflegeleistungen umfasst in Thüringen 219 stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen mit rd. 16.000 Plätzen sowie rd. 370 ambulante Pflegedienste mit rd. 12.200 pflegebedürftigen Nutzern. Struktur und Nutzung dieser Pflegelandschaft wurde anhand eigener Totalerhebungen erfasst und charakterisiert. Lediglich für die Daten der ambulanten Pflegeleistungen wurden Leistungsempfängerlisten der AOK Thüringen herangezogen. Damit beschreiben die nachfolgenden Aussagen die *Grundgesamtheit* der Pflege in Thüringen.

7.1.1 Stationäre und ambulante Pflegeinfrastruktur

Kennzeichnend für die **stationäre Pflegeinfrastruktur** ist seit 1990 ein kontinuierlicher Rückgang von Altenheimplätzen zu Gunsten reiner Pflegeplätze. Das Angebot an Kurzzeit- und Tagespflege ist erst mit Inkrafttreten der Pflegeversicherung deutlich ausgebaut worden, hat aber relativ zur vollstationären Pflege weiterhin nur geringe zahlenmäßige Bedeutung. Auffällig ist die nachgewiesene Diskrepanz zwischen Wunsch (Aussagen oder Planung der Einrichtungsträger) und Realität des tatsächlichen Angebotes. Insbesondere die Kurzzeitpflege besteht überwiegend aus sogenannten in die vollstationäre Pflege „eingestreuten Plätzen“ und kann kaum als verlässliches regionales Pflegeangebot gewertet werden (vgl. Abschnitt 5.2.1.1).

Die **stationäre Gesamtkapazität** ist auf rd. 70% des Jahres 1990 zurückgegangen (s. Abb. 5-1). Diese Entwicklung resultiert überwiegend aus gestiegenen und neuen Qualitätsstandards aber auch aus der Etablierung alternativer stationärer Angebotsformen, die eine klassische Heimunterbringung vermeiden oder verzögern können (vgl. Abschnitt 5.2.1.1). Der *Gesamtauslastungsgrad* der stationären Pflegeinfrastruktur beträgt in Thüringen 97%. Aus dem deutlich niedrigeren *pflegedeterminierten Auslastungsgrad* von 84% (pflegebedürftige Bewohner) können jedoch kaum zusätzliche Kapazitätsreserven abgeleitet werden, da Umzugspotentiale aus den stationären Pflegeeinrichtungen in alternative Wohnformen bereits in der Vergangenheit genutzt wurden und verbliebene nichtpflegebedürftige Bewohner sukzessiv in die Pflegebedürftigkeit hineinwachsen. Anders als in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung ist der strukturelle Wandel der Pflegeeinrichtungen allgemein beendet. Aus dem Vergleich verschiedener Erhebungen ist zudem ein Akzeptanzgewinn der gestiegenen Pflegequalitätsanforderungen festzustellen, da im zeitlichen Verlauf eine stetige Angleichung der Platzkapazitätsangaben der Einrichtungsträger an die tatsächlich genehmigte Platzkapazität laut HeimG nachzuweisen ist. Die meisten Pflegeeinrichtungen sind

kleiner als der geforderte Kompromiss aus betriebswirtschaftlicher Effektivität und pflegerischer Zweckmäßigkeit (rd. 60%). Ihre Anzahl nimmt aber zu Gunsten der Einrichtungen gemäß den Anforderungen zur Einrichtungsgröße im ThürAGPflegeVG-DVO ab. Ein Rückgang sehr großer Einrichtungen ist hingegen nicht zu erkennen bzw. die Obergrenze von 120 Pflegeplätzen wird zunehmend überschritten (vgl. Abschnitt 5.2.1.5).

Die **baulich/technische Qualität** stationärer Pflegeeinrichtungen hat sich im Zuge der Modernisierungs- und Sanierungsmaßnahmen – insbesondere im Ergebnis des Sonderinvestitionsprogramms nach Artikel 52 PflegeVG – nachhaltig verbessert und konnte mit der vorliegenden Arbeit erstmals in der Gesamtheit für Thüringen quantifiziert und wichtiger noch qualifiziert werden. So liegt der gesamte baulich/technische Erfüllungsgrad der Pflegeeinrichtungen mittlerweile bei über 38% (s. Abb. 5-6) und rund zwei Drittel der Pflegeeinrichtungen haben seit 1990 Neubau-, Sanierungs- oder Modernisierungsmaßnahmen vorgenommen (s. Abb. 5-5). Mit 61% Einzelzimmeranteil an der Gesamtpflegeplatzzahl, größeren Pflegezimmern und deutlich verbesserten Ausstattungsstandards werden sukzessiv von allen Pflegeeinrichtungen, die im Landespflegeplan aufgenommen wurden, sowohl die HeimMinBauVO als die weitergehenden Forderungen der Thüringer Durchführungsverordnung (ThürAGPflegeVG-DVO) erfüllt. Diese guten Landesergebnisse beinhalten aber auch beachtliche regionale Disparitäten. So haben strukturschwache Kreise (u.a. Altenburg Land und Kyffhäuserkreis) nach wie vor die meisten 3- und Mehrbettzimmer. Nach Abschluss des *Sonderinvestitionsprogramms* nach Artikel 52 Pflege VG werden über die Hälfte aller Thüringer Pflegeeinrichtungen modernisiert oder neu gebaut sein. Zusammen mit Modernisierungen und Neubauten, die nicht Bestandteil des Sonderinvestitionsprogramms sind (überwiegend aus Zeiten vor der Pflegeversicherung), werden in Thüringen nach 2004 rd. 82% (bzw. 12.535 Pflegeplätze) der gegenwärtig genehmigten Platzkapazität neu oder modernisiert sein (vgl. Abschnitt 5.2.1.4.3).

Kennzeichnend für die **Standorttopologie der stationären Pflegeinfrastruktur** in Thüringen ist sowohl die siedlungsstrukturelle Konzentration auf zentrale Orte (insgesamt 83% der Einrichtungen bzw. 76% der Einrichtungen in Landkreisen) sowie ein raumstruktureller Schwerpunkt in verdichteten Gebieten (mit 65% der stationären Einrichtungen und 71% der stationären Bewohner). Bemerkenswert und erstmals nachweisbar ist, dass sowohl im ländlichen Raum als auch in zentralen Orten niedrigerer Stufe die Pflegeinfrastruktur intensiver genutzt wird. So sind u.a. der Pflegegrad und das Durchschnittsalter der Bewohner oder der stationäre SGB XI- Auslastungsgrad in ländlichen Räumen nachweislich höher als im Durchschnitt Thüringens (s. Tab. 5-1).

Die **infrastrukturelle Einbindung** der Pflegeeinrichtungen innerhalb der Gemeinden/Siedlungen ist bezüglich der Bewohneranteile nahezu zu gleichen Teilen sowohl „innerörtlich/zentral“ wie „randlagig/peripher“. Einkaufsmöglichkeiten, externer Arzt und öffentlicher Nahverkehr sind im Durchschnitt innerhalb eines Radius von rd. 250 bis 380m theoretisch fußläufig erreichbar (s. Abb. 5-3). Die einzelnen Umfragen weisen im Verlauf der Landespflegeplanung eine Steigerung der Lebensqualität durch verbesserte Integration der Pflegeeinrichtungen in das öffentliche Leben nach. Als ein Minimum an Erlebniswelt hat sich auch die Erreichbarkeit individueller Infrastrukturen (z.B. Ärzte) deutlich verbessert (vgl. Abschnitt 5.2.1.3).

Insgesamt haben sich Einrichtungsgröße, Ausstattung, Qualität und Standort der stationären Pflegeinfrastruktur und der Pflegezimmer in Thüringen von der ersten Umfrage 1994 bis zur letzten 1999/2000 positiv, gemäß den Mindestanforderungen und Zielen der Landespflegeplanung entwickelt. Die durch das Sonderinvestitionsprogramm nach Artikel 52 PflegeVG erreichte nachhaltige Verbesserung des qualitativen Pflegeinfrastrukturangebotes konnte verifiziert werden. Jedoch besteht weiterhin ein Sockel älterer und nicht optimaler Pflegeheime. Ungeachtet der Bedarfslage werden die individuellen und objektiven Anforderungen der Pflegebedürftigen aber ansteigen. Es ist anzunehmen, dass sich zukünftig regionale Disparitäten nicht nur über die Platzkapazität sondern verstärkt über die Qualität der Pflegezimmer und der Wohnbedingungen in den Pflegeeinrichtungen definieren werden. Dies umso mehr, je stärker der zu erbringende finanzielle Eigenanteil der Pflegebedürftigen ansteigen wird.

Der **klassische stationäre Versorgungsgrad** liegt in Thüringen seit dem 3. Landespflegeplan relativ konstant bei 3,9 bzw. einschließlich von Plätzen außerhalb der Landespflegeplanung bei 4,1 genehmigten Pflegeplätzen je 100 Senioren mit deutlicher Konzentration auf die kreisfreien Städte (vgl. Anlage Tab. III-1). Das Sonderinvestitionsprogramm nach Artikel 52 PflegeVG hat rein quan-

titativ auf den Versorgungsgrad kaum Einfluss, da es bestandsorientiert die Sanierung und Modernisierung der bestehenden Pflegeinfrastruktur verfolgt und nicht die Schaffung neuer Kapazitäten zum Ziel hat (vgl. Abschnitt 5.2.1.4.3). Ein rechnerischer Vergleichswert für den **ambulanten professionellen Versorgungsgrad** liegt bei 3,1 pflegebedürftigen Nutzern je 100 Senioren.

Der Ausgangspunkt der **ambulanten Pflegeinfrastruktur** in Thüringen bestand aus einem nach der Wende aufgebauten Netz von insgesamt 128 Sozialstationen mit eindeutig definierten einrichtungsbezogenen Versorgungsbereichen. Diese Sozialstationen leisteten zwar mehr als 80% der offenen professionellen Hilfen in Thüringen, ihnen waren aber nur maximal 20% der tatsächlich auf Hilfe- und Pflege angewiesenen Personen eines Versorgungsbereichs bekannt (vgl. Abschnitt 5.3.1.1). Aus dieser Monopolstellung der freien Wohlfahrtspflege erfolgte ab 1994 im Zuge der Öffnung des Pflegemarktes und 1995 nach Einführung der ersten Stufe der Pflegeversicherung eine Gründungseuphorie ambulanter Pflegedienste. Kennzeichnend für die Gründungseuphorie waren verhältnismäßig kleine Pflegedienste mit nur wenigen Beschäftigten und eine Konzentration auf verdichtete und städtische Regionen. Etwa seit 1998 nimmt die Anzahl der Pflegedienste wieder ab, obwohl weiterhin eine große Dynamik im System herrscht. Wichtig für die Entwicklung der ambulanten Pflegeinfrastruktur seit 1990 ist ein starker Rückgang der Pflegedienste in ländlichen Gebieten im Einzugsbereich der Zentren und eine leichte Zunahme in Unter- und Kleinzentren sowie im strukturschwachen ländlichen Raum (s. Anlage Abb. III-20 und Tab. III-3). Von einem weiteren Rückgang ambulanter Pflegedienste ist auszugehen, da die wirtschaftliche Tragfähigkeitsgrenze oft unterschritten wird. Die ambulante Grundversorgung wurde bisher durch die Aufnahme und Förderung bedarfsgerechter Pflegedienste in die örtlichen Pflegepläne der Landkreise und kreisfreien Städte gesichert (vgl. Abschnitt 2.3.5.2).

Im Ergebnis kann gesagt werden, dass das aktuelle **Netz ambulanter Pflegedienste** rein quantitativ nicht in allen Landkreisen ein flächendeckendes wohnortnahes Angebot absichert, obwohl die meisten Pflegedienste (86%) ihren Standort in einem zentralen Ort haben. Die geringste Angebotsdichte besteht im strukturschwachen ländlichen Raum und in ländlichen Regionen (s. Karte 5-14, Anlage Tab. III-2 und Tab. III-3). Ausschlaggebend für die ambulante Versorgungssituation ist jedoch die Personalstruktur, da eine Vielzahl der Pflegedienste nur verhältnismäßig wenig Beschäftigte hat. So haben private Träger zwar die meisten Pflegedienste, sind aber personell deutlich kleiner, haben im Vergleich zu freigemeinnützigen Trägern eine nur leicht höhere Fachkräftequote aber eine um knapp 19 Prozentpunkte deutlich höhere Vollzeitquote. Von diesen kleineren Pflegediensten privater Träger bestehen zudem viele nur aus einer Vollzeitskraft (meist der Eigentümer des privaten Pflegedienstes). Der Einzugsbereich kleiner Pflegedienste erstreckt sich dadurch oft nur auf die unmittelbare Nachbar- oder Ortschaft. Der für die vorliegende Arbeit ermittelte **theoretische Einzugsradius eines Pflegedienstes** von maximal 15 km Luftlinie kann im ländlichen Raum kaum abgedeckt werden. Die erhobenen Daten weisen hohe Personal- und Wegekosten nach, die nur im Kontext großer Pflegedienste und im Rahmen eines Gesamtbudgets finanzierbar sind. Die Versorgungsbereiche freigemeinnütziger Träger sind zwar daher im Durchschnitt größer, aber die Pflege auch entsprechend fahrzeitintensiver, folglich personal- und letztlich kostenintensiver für den Träger (s. Anlage Tab. III-4 und Karte 5-14). Insgesamt zeigt die Datenlage eine Ausrichtung speziell privater Träger auf verdichtete, städtische Regionen mit hohen Zahlen effizient zu versorgender Pflegebedürftiger sowie weiterhin einschneidende Pflegemarktdefizite in der Fläche.

7.1.2 Pflegebedürftigkeit und Pflegebedürftige

Der quantitativ konstanten *stationären Pflegeinfrastruktur* und den relativ dynamischen aber entfernungs determinierten *ambulanten Pflegeinfrastrukturangeboten* steht eine stetige Zunahme *pflegebedürftiger Menschen* in Thüringen gegenüber. Diese Zunahme ist nicht nur demographisch bedingt, sondern nachweislich in den ersten Jahren auf die Einführungseffekte der Pflegeversicherung zurückzuführen. Mit der vorliegenden Arbeit konnten recht gut solche Trägheitseffekte von Systemänderungen empirisch nachgewiesen werden. Die finanziellen Möglichkeiten der Pflegeversicherung machten ein allgemeines Hilfe- und Pflegebedürfnis vieler Menschen erst öffentlich und damit als konkreten Bedarf quantifizierbar und empirisch zugänglich.

Über **60.000 Personen bzw. rd. 2,5% der Bevölkerung oder 15,1% der Senioren** waren in Thüringen im Jahr 2000 pflegebedürftig, die meisten lebten im Landkreis Altenburger Land und die wenigsten in der Stadt Suhl (s. Karte 5-16). Davon sind mehr als drei Viertel älter als 65 Jahre und

Frauen sind mehr als doppelt so oft von Pflegebedürftigkeit betroffen als Männer (vgl. Abschnitt 5.1 und 5.4). Die meisten Pflegebedürftigen leben im eigenen Haushalt oder im Haushalt von Angehörigen, wobei die Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen im Privathaushalt regional stark variiert und in den kreisfreien Städten deutlich niedriger als in den Landkreisen ist (vgl. Karte 5-15). Ausschließlich *Pflegegeld zur privat organisierten häuslichen Pflege* ohne Leistungen der professionellen ambulanten oder stationären Pflege nehmen rd. 56% aller Pflegebedürftigen in Anspruch, von denen nur rd. 69% über 65 Jahre alt sind. Der Frauenanteil beträgt jedoch nur rd. 62%, d.h. das Männer in der professionellen ambulanten bzw. stationären Pflege nur ein knappes Viertel ausmachen während es bei den Empfängern von ausschließlich Pflegegeld weit mehr als ein Drittel sind. Hier pflegen überwiegend die Ehefrauen. Mit Abstand die höchsten Anteile von ausschließlich Pflegegeldleistungen haben die Landkreise (darunter der Wartburgkreis (70,8%) und Kyffhäuserkreis (66,5%) mit den höchsten im Vergleich zur Stadt Weimar (44,5%) mit den niedrigsten Anteilen: s. Abb. 5-28). *Ambulante professionelle Pflegesachleistung* nehmen hingegen nur 20% aller Pflegebedürftigen in Anspruch. Sie sind überwiegend 65 Jahre und älter (91%) und nahezu zu gleichen Teilen den Pflegestufen 1 (44,9%) und 2 (41,5%) zugeordnet (s. Abb. 5-27).

Von den ambulanten Pflegebedürftigen im Privathaushalt nehmen demnach nur rd. ein Viertel Pflegesachleistungen (*professionelle ambulante Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst*) und rd. drei Viertel Pflegegeldleistungen in Anspruch (*private häusliche Pflege ausschließlich durch Familienangehörige oder Bekannte*). Diese Relation privater (*Pflegegeld*) zu professioneller (*Pflegesachleistung*) Pflege hat sich von 1997 zu 1999 drastisch zugunsten der Pflegegeldleistungen verschoben (s. Anlage Abb. III-22 für 1997 und Abb. III-23 für 1999). Mit den Untersuchungen konnte zugleich ein deutlicher Rückgang der Schwere der ambulanten Pflege insgesamt (*Grad der Pflegebedürftigkeit*) sowie eine neue topologische Homogenität bei der Inanspruchnahme ambulanter professioneller Pflegedienste (*Pflegesachleistungsempfänger*) identifiziert werden (s. Anlage Abb. III-24 (1997) und Abb. III-25 (1999)).

Dieser empirische Nachweis belegt eine neue und bemerkenswerte *Strukturverschiebung zur stationären Pflege*. Zunehmend wird möglichst lange ausschließlich privat (*Pflegegeld*) und oft bis zur Überforderung der Pflegepersonen gepflegt, so dass die stationäre Pflege erst deutlich später, aber mit höherer Pflegebedürftigkeit und höherem Alter, als in der Vergangenheit einsetzt. Knapp ein Viertel der Pflegebedürftigen werden in *stationären Pflegeeinrichtungen* gepflegt (24%), von denen bereits 88% älter als 65 Jahre sind. Kennzeichnend ist daher neben großen topologischen Unterschieden beim Anteil stationärer Pflegeleistungen auch die Zunahme der pflegespezifischen Extremdispositionen wie Pflegegrad, Alter und Verweildauer der Bewohner.

Hauptentscheidungsgrund für eine stationäre Pflegeunterbringung ist die Überforderung der Angehörigen mit der Pflege (47%). So wurden 60% der Antragssteller für einen stationären Pflegeheimplatz bisher ausschließlich oder überwiegend von ihren Angehörigen gepflegt. Die ebenfalls erfragten Bedarfsgründe „keine Angehörigen“ (5%) sowie „persönlicher Wunsch“ (41%) verweisen hingegen auch auf Pflegebedürftige ohne verlässliche Pflegepersonen bzw. auf örtlich getrennt lebende Angehörige (s. Abb. 5-10). Aus dem demographischen Wandel und regionalen Abwanderungsprozessen kann aus dieser wachsenden Pflegebedürftigengruppe bereits heute ein zusätzlicher stationärer Pflegebedarf abgeleitet werden. Zu beachten ist, dass die Einschätzung der tatsächlichen Pflegesituation bzw. die individuelle persönliche Situation eher unterschätzt und eine langsam zunehmende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit lange verdrängt wird (s. Abschnitt 2.1.1 und Fazit in 7.3).

Die teilstationäre und vollstationäre Pflegeinfrastruktur in Thüringen bedient zum Zeitpunkt der Datenerhebung rd. 14.550 Nutzer mit einer durchschnittlichen Fluktuation von rd. 22.000 Personen pro Jahr.³¹⁵ Die Besonderheit der Datenerhebung der vorliegenden Arbeit ist die detaillierte Erfassung **individueller Pflegebedürftigenmerkmale** wie Alter, Grad der Pflegebedürftigkeit, Heimatort oder Verweildauer. Zusammenhänge zwischen diesen individuellen Pflegebedürftigenmerkmalen wurden in ihrer Kausalität und thematischen Gliederung übersichtlich in Abschnitt 5.2.3 und 5.5 dargestellt. Diese Pfegetypologien und die Zeitreihenuntersuchungen weisen u.a. eine grundsätzliche Tendenz zu deutlich höherer Pflegebedürftigkeit, höherem Alter sowie rückläufiger Aufenthaltsdauer – einer Zuspitzung der Pflege – nach. Damit wurden erstmals zentrale Merkmale der **voll- und teilstationären Pflegebedürftigkeit** für Thüringen quantifizierbar. Es konnte gezeigt

³¹⁵ Das hohe Einzugs- und Auszugsvolumen im Jahr wird zahlenmäßig von der Kurzzeitpflege bestimmt.

werden, dass nicht nur demographische Effekte wirken, sondern zahlreiche strukturelle und individuelle Kriterien die Pflege determinieren. Hervorzuheben sind hier folgende Aspekte und Kriterien, die gegenwärtig prägend für die voll- und teilstationäre Pflegebedürftigkeit sind:

- **Art der Pflege:** Die Zunahme der Pflegeschwere (Grad der Pflegebedürftigkeit) und des Alters der Pflegebedürftigen von der Tagespflege über die Kurzzeitpflege zur vollstationären Dauerpflege entspricht dem Ziel eines abgestuften Pflegenetzwerkes zur Vermeidung oder möglichst langen Verzögerung einer vollstationären Unterbringung (s. Abb. 5-11 und Anlage Abb. III-3, Abb. III-11 ff.). Die mit Abstand größte Streubreite des Durchschnittsalters bei der Tagespflege zeigt, dass speziell auch jüngere Pflegebedürftige die Tagespflege in Anspruch nehmen (s. Abb. 5-13). Dagegen weist das höhere Alter in der Kurzzeitpflege den beabsichtigten und möglichst langen oder auch dauerhaften Verbleib im Privathaushalt nach und bestätigt damit die gewünschte temporäre (Ausnahme-)Situation einer stationären Unterbringung im Pflegealltag der Betroffenen (s. Anlage Abb. III-12).
- **Geschlechterproportion:** Zwar sind 76% aller Pflegeeinrichtungsbewohner weiblich, doch steigt der altersgruppenspezifische Frauenanteil erst ab einem Alter von 65 bis 75 Jahren drastisch an (s. Abb. 5-12). Das Durchschnittsalter der Frauen ist mit 81 Jahren gegenüber den Männern (74 Jahre) genau sieben Jahre höher.
- **Alter:** Das Durchschnittsalter der Pflegeheimbewohner steigt seit Einführung der Pflegeversicherung kontinuierlich an³¹⁶, obwohl jüngere Bewohner nicht mehr als fehlbelegt gelten, denn Leistungen der Pflegeversicherung werden unabhängig vom Alter bewilligt. Dabei liegt das Durchschnittsalter der Pflegeeinrichtungsbewohner in „Großstadtreionen“ mit 80 Jahren rd. 5 ½ Jahre über dem Durchschnittsalter der Bewohner in „ländlichen Gebieten im Einzugsbereich der Zentren“. Bezüglich des letzten Wohnorts der Bewohner vor Einzug in eine Pflegeeinrichtung liegt das Durchschnittsalter des „strukturellschwachen ländlichen Raums“ und im „Einzugsbereich der Zentren“ rd. 2 ½ Jahre unter dem Durchschnittsalter insgesamt. Aus der Zeitreihenuntersuchung wird zudem neben der Strukturverschiebung zu älteren und stärker pflegebedürftigen Bewohnern eine eigenständige – davon unabhängige – „Verjüngung“ der Pflegestufe 3 nachweisbar (Zunahme in der Altersgruppe „unter 65 Jahre“). Ein Zeichen dafür, dass zunehmend auch mehr junge „schwerstpflegebedürftige“ Personen in den Pflegeeinrichtungen leben bzw. leben müssen.
- **Pflegegrad:** Die Schwere der Pflege nimmt sowohl im zeitlichen Verlauf als auch strukturell bei den Neuaufnahmen im Vergleich zur gesamten Bewohnerschaft drastisch zu. So sind unter allen Bewohnern nur 34%, aber bei den Neuaufnahmen bereits 42%, in die Pflegestufe 2 eingestuft (s. Abb. 5-14). Ferner nimmt mit dem Alter der stationären und teilstationären Pflegebedürftigen die Schwere der Pflegebedürftigkeit stetig zu. So liegt das durchschnittliche Einzugsalter in der Gruppe der „Wohnfälle“ bei nur 77 Jahren und in der Pflegestufe 2 bereits bei 83 Jahren. Bezüglich der regionalen Herkunft der Bewohner zeigen sich beim Grad der Pflegebedürftigkeit topologisch herausragende Konzentrationen mit hohen Anteilen der Pflegestufe 3 im Osten und Südosten Thüringens sowie u.a. ringförmig um die Innenstadt von Erfurt (s. u.a. Karte 5-3). Die Topologie der Neueinzüge zeigt hingegen verstärkte Konzentrationen hoher Anteile im Westen, Nordwesten und Süden Thüringens (entlang der Landesgrenzen mit Schwerpunkten im Eichsfeld-, Wartburgkreis und Landkreis Hildburghausen: s. Anlage Karte III-9).
- **Bewohnervielfalt:** Die genaue statistische Erhebung und Auswertung dieser Arbeit gibt auch erstmals Auskunft über eine Personengruppe, die aufgrund fehlender Voraussetzungen zwar nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI ist, aber dennoch in Pflegeeinrichtungen einziehen muss und mit ihren Bedürfnissen aber auch Fähigkeiten diese entscheidend mitprägt. Nichtpflegebedürftige Bewohner leben nach wie vor in drei Viertel aller Pflegeeinrichtungen. Ihr Bewohneranteil in Thüringen liegt mit 16% noch immer relativ hoch und auch unter den Neuaufnahmen haben sie einen Anteil von rd. 5% pro Jahr (auch jeweils in der Kurzzeit- und Tagespflege). Überproportional viele nichtpflegebedürftige Neuaufnahmen in der vollstationären Pflege haben insbesondere die Landkreise Gotha, Unstrut-Hainich und am extremsten der Landkreis Sonneberg (s. Anlage Abb. III-30). Zwar verweist das im Vergleich der Umfragen gestiegene Durchschnittsalter der nichtpflegebedürftigen Bewohner auf eine verstärkte Auswahl bei der Platzvergabe (positive Bestätigung individueller Problemlagen von Betroffenen), dennoch ist diese, von der Pflegeversicherung unabhängige Bedarfslage unter dem ausdrücklichen Pflegeaspekt in reinen Pflegeeinrichtungen nicht gut und zu teuer abgesichert. Diesem Argument einer strikten Pflegeorientierung steht jedoch die berechnete Gefahr gegenüber, dass die Pflegeheime zunehmend nur noch als Siechenheime oder Sterbehospize zu charakterisieren sind.
- **Familienstand:** Die übliche Annahme, dass oft erst mit dem Fehlen eines partnerschaftlichen oder familiären Pflegepotentials ein Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung notwendig wird, kann empirisch bestätigt werden: Rund 91% der vollstationären Bewohner sind alleinstehend (s. Abb. 5-17). Die Leistungsfähigkeit der sorgfältigen regionalstatistischen Analysen dokumentiert aber insbesondere, dass der

³¹⁶ Waren 1997 erst 41% der Bewohner „85 Jahre und älter“, bilden sie 1999 mit bereits 46% die stärkste Altersgruppe.

Familienstand der Bewohner regional keinesfalls ähnlich ist. Der Anteil der Bewohner mit Partner von nur 3,5% im Eichsfeldkreis zeigt im Vergleich zu rd. 10% im Landkreis Schmalkalden-Meinungen oder der Stadt Suhl ein deutlich unterschiedliches Selbstverständnis bei der Pflege in Privathaushalten.

- **Sozialhilfe:** Die Datenlage 1999/2000 ermöglicht die Aussage, dass ein wichtiges Ziel der Pflegeversicherung, die Kosten der Pflegebedürftigkeit im Alter von der Sozialhilfe abzukoppeln, in Thüringen zur Zeit realisiert ist. Knapp drei Viertel aller Bewohner waren 1999 nicht mehr auf Leistungen des Sozialamtes angewiesen. Die Sozialhilfebedürftigkeit ist dabei abhängig vom Grad der Pflegebedürftigkeit, dem Alter und insbesondere von der Pflegedauer. Bei einer Aufenthaltsdauer von unter einem Jahr liegt der Sozialhilfeempfängeranteil bei nur 5%. Dagegen sind nach 10 Jahren Aufenthaltsdauer bereits 30% der Bewohner auf Sozialhilfe angewiesen. Mittlerweile zeigen sich auch kaum noch topologische Schwerpunkte beim Sozialhilfeempfängeranteil (mit der auffälligen und positiven Besonderheit relativ niedriger Anteile im östlichen Thüringen: s. Karte 5-4). Der Dauerhaftigkeit dieses Rückgangs steht negativ die allgemeine Kostenentwicklung bei gesetzlich begrenzten Pflegeleistungen und positiv eine weitere Abnahme von Bewohnergruppen aus Vorpflegeversicherungszeiten gegenüber. Problematisch bleibt die Diskrepanz von Leistungen und Kosten in der teilstationären Pflege, da Nutzer der Tagespflege deutlich öfter auf ergänzende Sozialhilfe angewiesen sind.
- **Institutionalisierungsrisiko:** Das Institutionalisierungsrisiko im Alter und bei Pflegebedürftigkeit ist vielschichtig. Die Wahrscheinlichkeit zuvor genutzter Gesundheitsinfrastrukturen steigt grundsätzlich mit höherer Pflegebedürftigkeit, so dass noch 71% der Pflegestufe 0 und dagegen nur 53% der Pflegestufe 3 aus einem Privathaushalt in eine Pflegeeinrichtung umgezogen sind. Gleiches gilt für die Art der Pflege. Der Zugangsweg „aus einem Krankenhaus oder anderem Pflegeheim“ ist in der Tagespflege mit rd. 6% relativ unbedeutend, liegt bei der Kurzzeitpflege bereits bei 15%. In der vollstationären Dauerpflege kommen mehr als die Hälfte aller Bewohner aus einem Krankenhaus (s. Abb. 5-18). Demgegenüber verhält sich der Zugangsweg in Abhängigkeit vom Alter umgekehrt. Bewohner aus Privathaushalten sind mit durchschnittlich 82 Jahren deutlich älter als z.B. Bewohner aus „anderen Heimen“ (78 Jahren). Topologisch haben die Regionen des Thüringer Waldes sowie das Umland der kreisfreien Städte die höchsten Einzugsanteile aus Privathaushalten, d.h. die Pflegebedürftigen kamen dort deutlich seltener aus anderen Gesundheitseinrichtungen (s. Karte 5-5).
- **Auszug und alternative Wohnformen:** Die Untersuchungen weisen für Thüringen eine beachtliche Sondersituation nach, die zeigt, dass die stationäre Pflege keinesfalls eine „Endstation“ sein muss. Im Gegensatz zu 1997 (6%) konnten 1999 rd. 15% der Bewohner durch einen Umzug in barrierefreie Wohnungen oder Privathaushalte ihre Wohn- und Lebenssituation verbessern, wobei die Rückkehrwahrscheinlichkeit in der Pflegestufe 0 mit 49% am höchsten und in der Pflegestufe 3 mit 17% am niedrigsten war. Diese Situation spiegelt die im Zuge der Landespflegeplanung und des Sonderinvestitionsprogramms errichteten alternativen Wohnformen wieder (z.B. eine Umwandlung von Pflegeplätzen in Wohnraum zur Kapazitätsanpassung oder infolge von Sanierung/Modernisierung). Dennoch versterben 59% der vollstationären Bewohner im Pflegeheim und 26% im Krankenhaus (s. Abb. 5-21). Dieser hohe Anteil der im Krankenhaus verstorbenen Bewohner wirft Fragen zur adäquaten Sterbegleitung durch vertraute Menschen (auch dem Pflegepersonal) bzw. umgekehrt Fragen zur „Abschiebung“ ins Krankenhaus aufgrund einer Überforderung des Pflegepersonals auf. Die letzten Tage oder oft nur Stunden des Menschen sollten besser in der bekannten und vertrauten Umgebung stattfinden können. Dagegen überwiegt in der Kurzzeitpflege als temporäre Ausnahmesituation der häuslichen Pflege die Rückkehr in eben diesen privaten Haushalt (89%). Die Tagespflege ist durch ihren unbefristeten Leistungscharakter zweigeteilt: Ein Teil der Nutzer geht nach Vertragsende in einen Privathaushalt zurück (37%), während die andere Gruppe in ein anderes Heim oder eine andere Pflegeeinrichtung umzieht (36%).
- **Aufenthalts- und Verweildauer insgesamt:** Eine wichtige Größe (auch im Hinblick künftiger Planungen) ist die Aufenthalts- und Verweildauer der Bewohner in den Pflegeeinrichtungen, die generell als Konsequenz immer schwererer Pflegefälle bei zunehmend älteren Menschen sehr kurz und weiter rückläufig ist. So versterben über 38% aller Bewohner bereits in den ersten 6 Monaten nach Einzug bzw. die Hälfte innerhalb von 12 Monaten. Aber 20% der Bewohner leben deutlich länger als 5 Jahre in einer Pflegeeinrichtung – das Pflegeheim wird für viele Menschen zum „zu Hause“ (s. Abb. 5-23). Extrem lange Verweildauern verdeutlichen auch das oft vernachlässigte aber an Aktualität gewinnende Problem behinderter Menschen bzw. alternder Behinderten. Auffällig ist, dass die bisherige Aufenthaltsdauer in den Landkreisen länger als in den kreisfreien Städten ist. Die Differenzierung nach regionaler Herkunft der Bewohner verdeutlicht topologisch zwar starke aber unzusammenhängende Konzentrationen einer langen bisherigen Aufenthaltsdauer (vgl. Abschnitt 5.2.3.10 und Karte 5-10).
- **Aufenthaltsdauer seit Einführung der Pflegeversicherung:** Charakteristisch für alle Pflegeheime in Thüringen ist eine starke Zäsur bei der stationären Aufenthaltsdauer mit Inkrafttreten der 2. Stufe der Pflegeversicherung. Über die Hälfte der Bewohner, die erst mit bzw. nach Inkrafttreten der 2. Stufe der Pflegeversicherung in eine Pflegeeinrichtung eingezogen waren, verließen bzw. verstarben bereits nach

spätestens 3 Monaten, nach einem Jahr waren es schon 87% der „neuen“ Bewohner (s. Abb. 5-24).³¹⁷ Hintergrund sind neue Bedingungen und andere Kriterien, die seit Einführung des PflegeVG für die Neuaufnahme von Bewohnern gelten. Akzentuiert wird diese veränderte Situation beim Vergleich der Kreise. So sehr sich die zuvor geschilderte durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller stationären Bewohner regional unterscheidet, so nah liegt sie beim Fokussieren auf Bewohner, die erst seit Inkrafttreten des PflegeVG eingezogen sind. In allen Kreisen beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer einheitlich nur 4 bis 6 Monate (einzige Ausnahme ist die Stadt Weimar mit 7 Monaten: s. Anlage Abb. III-18). Die Strukturen aus Vorpflegeversicherungszeiten wachsen zwar langsam heraus, dennoch verdeutlicht die Nivellierung regionaler Strukturen zu einheitlich sehr kurzen Verweildauern seit Beginn PflegeVG, dass zukünftig eine neue und völlig andere Bewohnerstruktur die Pflegeeinrichtungen prägen wird. Schwerstpflegebedürftige und hochbetagte Menschen, die nur wenige Monate in den Einrichtungen leben, werden zur Regel. Sowohl für die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten wie auch für die Lebensbedingungen der Betroffenen in den Pflegeeinrichtungen wird diese Entwicklung weitreichende Konsequenzen haben (ständige Sterbebegleitung für nahezu unbekannte Menschen oder große Unruhe in den Einrichtungen durch die hohe Fluktuation). Gegenwärtig ist eine Pflegeheimsituation ohne die Gruppe der „Dauerbewohner“ nur schwer vorstellbar.

Bei der Infrastrukturplanung haben überwiegend **quantitative Inanspruchnahmequoten** und weniger individuelle und strukturelle Merkmale der Pflegebedürftigkeit eine zentrale Bedeutung. Die Inanspruchnahme wird üblicherweise in Personen je 100 Senioren als Prozentwert angegeben. Für Thüringen ist die Unterscheidung in höhere Gesamtinanspruchnahme (3,8%) und niedrigere pflegebedingte Inanspruchnahme (3,4%) bedeutsam, denn mit der letzteren werden nur tatsächlich pflegebedürftige Bewohner gemäß SGB XI erfasst. Tatsächlich können aber nur altersgruppenspezifizierte Inanspruchnahmequoten die Bedarfssituation exakt abbilden (Prozentanteil einer Altersgruppe der Bevölkerung mit stationären Pflegeleistungen). Danach hat die Altersgruppe „85 Jahre und älter“ mit knapp 15% Anteil stationär Pflegebedürftiger in dieser Altersgruppe nicht nur das höchste stationäre Pflegerisiko insgesamt, sondern seit 1997 auch den höchsten Bedarfszuwachs um rd. 16% verzeichnet. Die stationäre Inanspruchnahme liegt dabei in kreisfreien Städten deutlich über den Landkreisen (s. Karte 5-11). Die zunehmende Bedeutung der Kurzzeit- und Tagespflegeinfrastruktur wird hingegen nur anhand der Einzugsstruktur in die Pflegeeinrichtungen sichtbar: So sind innerhalb eines Jahres rd. 6,8 Kurzzeitpflegeplätze und rd. 1 Tagespflegeplatz je 1.000 Senioren in Anspruch genommen worden. Im Vergleich mit rd. 12,5 in Anspruch genommenen vollstationären Plätzen eines Jahres hat die Kurzzeit- und Tagespflege aber eine rein quantitativ untergeordnete Bedeutung (s. Anlage Tab. III-1).

Ein Defizit dieser üblichen Quantifizierungen der stationären Versorgungssituation ist die Orientierung auf den Infrastrukturstandort und die Vernachlässigung regionaler Disparitäten aufgrund **regionaler Versorgungsverflechtungen** und **regional unterschiedlicher Pflegebedürftigkeitsrisiken**. Die regionalen Angebotsdisparitäten der Pflege – das nicht durchgängig flächendeckende und wohnortnahe Pflegeangebot – erzwingt Wanderungsbewegungen (einen Umzug) Pflegebedürftiger in andere Gemeinden oder Regionen. Mit dem Grundsatz einer wohnortnahen Versorgung ist das Ausmaß dieses pflegebedingten und sicher unfreiwilligen Wanderungsverhaltens das zentrale Kriterium regionaler Disparitäten in der Pflegeinfrastrukturversorgung. Mit Ausnahmen wie Familienzusammenführung oder Rückkehr in den Heimatort sollte die Pflegebedürftigkeit keinen Regionswechsel zwingend zur Folge haben. Hierzu wurde eine detaillierte Untersuchung der regionalen Herkunft der Bewohner und des pflegebedingten Wanderungsgeschehen in und nach Thüringen vorgenommen (exakte Aufschlüsselung der regionalen Herkunft nach fünfstelligen Postleitzahlen: vgl. Abschnitt 5.2.3.8). Von allen vollstationären Heimbewohnern in Thüringen leben rd. 78% in ihrem Heimatkreis, 12% hatten ihren letzten Wohnort innerhalb der Landesgrenzen und 6% außerhalb Thüringens. Für die Kurzzeit- und Tagespflege hat die regionale Herkunft kaum Bedeutung, da ausschließlich nur vorhandene Angebote innerhalb des Kreises oder im unmittelbaren Nachbarkreis genutzt werden (so insbesondere das Angebot in einer benachbarten kreisfreien Stadt).

Die Untersuchungen zeigen, dass der Unterschied zwischen Versorgungsgrad (Kapazität), der Inanspruchnahme (tatsächliche Nutzung) und der realen regionalen Inanspruchnahme (tatsächliche Nutzung von Bewohnern einer Region) für Thüringen in der Summe zwar nahezu ausgeglichen ist, aber in der regionalen Differenzierung tatsächlich sehr große Disparitäten und regionale Pflegever-

³¹⁷ Alle ausgezogenen Bewohner, die aber erst nach dem 1.7.1996 in die Pflegeeinrichtung eingezogen waren. Entsprechend des Untersuchungszeitraums konnten diese Bewohner bei Auszug maximal 2 bzw. 3 Jahre in der Pflegeeinrichtung leben.

flechtungen bestehen (s. Abb. 5-25). Nach Heimatregionen der Pflegebedürftigen differenziert, ist die Inanspruchnahme von stationären Pflegeleistungen topologisch höchst unterschiedlich. Schwerpunkte mit überproportional hohen Inanspruchnahmekquoten liegen u.a. in den Kernstadtbe-
reichen von Erfurt und Gera sowie im östlichen Thüringen (s. Karte 5-7).

Ausschlaggebend für Disparitäten ist daher das Saldo (Zuzug minus Fortzug), mit dem die Kreise nach „übernommenen“ und „abgegebenen“ Versorgungsfunktionen zu differenzieren sind. Pauschalisiert übernehmen alle kreisfreien Städte eine *Versorgungsaufgabe* in der Größenordnung von rd. 10 bis 30% ihrer vorhandenen Gesamtplatzkapazität. Umgekehrt geben die meisten Landkreise *Versorgungsfunktionen* ab. In einigen der 11 Kreise, die Versorgungsaufgaben abgeben, entspricht die Größenordnung in der Summe etwa einer durchschnittlichen Pflegeeinrichtung (s. Abb. 5-19). Der Saale-Holzland-Kreis gibt sogar Versorgungsfunktionen in der Höhe von 44% des eigenen Einzugsvolumens der Pflegeeinrichtungen eines Jahres an andere Kreise ab. Dagegen übernimmt die Stadt Suhl Versorgungsfunktionen in der Höhe von rd. 31% der zur Verfügung stehenden Kapazität (s. Abb. 5-26).

Die Entwicklung dieser Versorgungsverflechtungen ist zweigeteilt. Die Zeitreihenuntersuchungen zur gesamten Bewohnerstruktur weisen eine verstärkte regionale Bedarfsorientierung der Einrichtungsträger nach, die auch auf die Diskussionen im Landespflegeausschuss Thüringen zu den Landespflegeplänen (insbesondere zu den hier dargestellten empirischen Ergebnissen des Autors zur tatsächlichen Versorgungssituation) zurückzuführen sind. Indessen werden aus der Einzugs-situati-
on des Jahres 1999 zunehmend neue Versorgungsdisparitäten deutlich, die nur zum Teil mit neu ge-
schaffenen Kapazitäten durch Neubau oder Modernisierung erklärt werden können. Im Verhältnis zur Belegungskapazität übernehmen die kreisfreien Städte Suhl und Weimar sowie der Landkreis Sonneberg bei den Neuaufnahmen 1999 eine deutlich höhere Versorgungsaufgabe als früher (s. Abb. 5-20), da andere Kreise ihre tatsächliche Bedarfssituation immer weniger abdecken können. Diese pflegebedingten Wanderungen bzw. die regionalen Verflechtungsbeziehungen verdichten sich entlang der Thüringer Städtereihe und im südwestlichen Thüringen (s. Karte 5-9).

Die Tatsache von Versorgungsverflechtungen kann raumordnerisch durch die generellen Versor-
gungsfunktionen von höherwertigeren zentralen Orten für ein Umland (hier überwiegend die kreis-
freien Städte) begründet werden. Dennoch bleiben die negativen Auswirkungen für eine wohnort-
nahe Angebotssicherung bestehen. In der Konsequenz hat die übliche Quantifizierung der Inan-
spruchnahme zur Ableitung aktueller und zukünftiger Bedarfslagen nur über den Infrastruktur-
standort die Disparitäten verfestigt und automatisch zu rechnerisch höheren Bedarfslagen in ver-
dichteten Gebieten geführt. Die Analysen haben aber auch gezeigt, dass nicht nur das örtliche Pfl-
geinfrastrukturangebot die Versorgungssituation beeinflusst, sondern auch die niedrigeren Pflege-
kosten in Thüringen führen zu einem beachtlichen Zuzug Pflegebedürftiger aus anderen (alten)
Bundesländern (rd. 5% aller Einzüge und 6% der Bewohner). Diese sind zu 88% Selbstzahler, er-
halten im Unterschied zu den Bewohnern aus Thüringen in der Mehrzahl Leistungen der Pflegestuf-
e 1 und kommen überwiegend aus einem Privathaushalt (zur eindrucksvollen Streuung dieses Zu-
zugs nach Thüringen s. Karte 5-6 und Karte 5-8).

In der **typologischen Gesamtsicht** weisen die zahlreichen Merkmale und Strukturen der Pflegebe-
dürftigkeit und -infrastruktur neben einem Individuenbezug auch einen signifikanten Raumbezug
nach. So können die Pflegeindikatoren faktoranalytisch nicht vollständig durch Stellvertretergrößen
erklärt werden. Zwar sind bedeutende Faktoren extrahierbar, die u.a. die professionelle bzw. voll-
stationäre Pflegestruktur oder die Struktur der Aufenthaltsdauer zusammenfassen, aber zugleich
zentrale Indikatorengruppen gar nicht abbilden (s. Tab. 5-6). Die extrahierten Faktoren zeigen auf
typisch allgemeingültige und wohnortunabhängige Pflegestrukturindikatoren. Mit abnehmender
Allgemeingültigkeit der Pflege – die prinzipiell bei allen Menschen unabhängig ihres Wohnortes
gleich ist – und zunehmender regionaler Spezifizierung nimmt auch der Varianzanteil der weiteren
Faktoren ab und die Anzahl nur gering erklärter Indikatoren zu. So bewirken regionale Besonder-
heiten oder unterschiedlich vererbte „Vorpflegeversicherungsstrukturen“ u.a. Unterschiede in der
Altersstruktur, beim Grad der Pflegebedürftigkeit oder beim Sozialhilfeempfängeranteil. Signifi-
kante regionale Unterschiede bestehen bei der baulichen Qualität und Struktur der Pflegeeinrich-
tungen aber auch beim SGB XI Auslastungsgrad. Am wenigsten sind Indikatoren substituierbar,

die regionale Pflegeverflechtungen, Disparitäten und übernommene oder abgegebene Versorgungsfunktionen beschreiben (vgl. Abschnitt 5.5.5).

Die explorative Pflegestrukturanalyse bestätigt mit ihrem umfangreichen Datenmaterial damit die Leitthese, dass die sehr umfassend gewählten Indikatoren zur Charakterisierung der Pflegebedürftigkeit und Pflegeinfrastruktur in ihrer Gesamtheit sowohl individuenbezogen als auch raumbezogen determiniert sein müssen. Der Individuenbezug hat zwar einen höheren Stellenwert, aber die Abhängigkeit von räumlichen/regionalen Einflusststrukturen ist offensichtlich. Die Erkenntnis aus diesem Sachverhalt ist eindeutig, da raumstrukturelle Faktoren oder raumdeterminierte Pflegeaspekte weder durch Faktoren abgebildet noch anteilig erklärt werden können. Diese räumlichen Erklärungskomponenten entziehen sich gewissermaßen einer faktoranalytischen Betrachtung.

Nach Kenntnis des Autors wurden pflegedeterminierte Raumcharakteristiken – die Topologien der Pflege – bisher weder für Thüringen noch für andere Bundesländer untersucht und veröffentlicht. Daher wurde der topologischen Datenanalyse und Ergebnisdarstellung besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Die Bandbreite der Indikatoren und Einzelergebnisse der vorliegenden Arbeit ermöglicht, thematische und schwerpunktbezogene Topologien darzustellen, die die spezifischen Schwächen oder Stärken der Kreise aufzeigen: So hat z.B. das Altenburger Land im Verhältnis zu allen Kreisen Thüringens eine „*sehr gute*“ Pflegebedürftigenstruktur (im Sinne SGB XI: u.a. ausgewogene Aufenthaltsdauer, geringe Pflegeverflechtungen usw.), aber eindeutige Defizite bei der Pflegeinfrastruktur. Die Stadt Suhl zeichnet eine „*gute*“ Pflegeinfrastruktur aus (geprägt durch einen Pflegeheimneubau bei insgesamt nur zwei stationären Pflegeeinrichtungen) mit dennoch „*schlechtem*“ Versorgungsgrad (vgl. Abschnitt 5.5.6.1 und Karte 5-20).

In der **topologischen Gesamtsicht** der Pflegelandschaft gliedern die Pflegeindikatoren die Kreise Thüringens in drei generalisierte Gruppen (vgl. Karte 5-21):³¹⁸

1. Nahezu alle kreisfreien Städte erhalten eine „*sehr gute*“ Gesamtbewertung. Hintergrund ist eine allgemein hohe Versorgungssituation mit entsprechend hoher Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen sowie relativ guter/ausgewogener Pflegebedürftigenstruktur.
2. Die Landkreise werden überwiegend „*durchschnittlich*“ und zum Teil „*gut*“ bewertet. Defizite entstehen zum größten Teil aus ungünstigen Versorgungsverflechtungen mit den kreisfreien Städten, der Qualität der Pflegeinfrastruktur oder der Pflegebedürftigenstruktur.
3. Einzelne aber dominierende Problemlagen führen in einigen Kreisen zu einer „*schlechten*“ Gesamtbewertung. Am Beispiel Sonneberg wird deutlich, dass trotz des zweithöchsten Modernisierungsgrads stationärer Pflegeplätze (also einer „*guten*“ Pflegeinfrastruktur) spezifische Pflegeprobleme – hier eine sehr kurze Aufenthaltsdauer – im Pflegemodell eine negative Gesamtbewertung bewirken. Das verdeutlicht die hohe Abstrahierungsstufe des topologischen Gesamtergebnisses.

Die verbalisierten Klassifizierungen „*gut/schlecht*“ bzw. die spezifischen Problemlagen der Kreise zeigen dennoch eine verhältnismäßig ausgewogene Pflegelandschaft in Thüringen. Pflegespezifische Problemlagen sind eindeutig zu identifizieren und zeigen bisher noch keinen gravierenden Einfluss auf die Pflegeversorgung einer Region. Diese gute pflegedeterminierte Gesamtbewertung ist ein Ergebnis der Landespflegeplanung und des Sonderinvestitionsprogramms nach Artikel 52 PflegeVG. Die spezifischen Problemlagen einiger Kreise sind entweder auf die Qualität der Pflegeinfrastruktur (unterdurchschnittlich vertreten im Sonderinvestitionsprogramm) oder auf die spezifische (Problem)Situation der Pflegebedürftigen zurückzuführen (aus der z.B. eine sehr kurze Aufenthaltsdauer oder ein höherer Pflegegrad resultiert). Diese Ursachen und die abschließende Einordnung und Bewertung der Thüringer Regionen untersucht nachfolgend die Auswirkung der regionalen Einflussituation und die Gesamtsichtweise aus Pflege und Einfluss.

7.1.3 Einflusststrukturen und Einflussituation

Thüringen folgt dem bundesweiten demographischen Trend aus steigender Lebenserwartung, geringer Fertilität und daraus resultierendem Bevölkerungsrückgang und -überalterung. Dieser Trend

³¹⁸ Diese Gesamttopologie der Pflegelandschaft ist dabei relativ resistent gegenüber Clusterdistanzsprüngen und alternativen Clusteralgorithmen. Mit Ihnen können lediglich Detailkorrekturen bei den Clusterzentren und damit Ausdifferenzierungen der strukturellen Ähnlichkeit einzelner Clustergruppen erreicht werden. (vgl. Karte 5-22).

wird von den für die neuen Bundesländer typischen Extrempositionen bei der Fertilität und Migration nachhaltig negativ verstärkt. Seit der Wiedervereinigung hat Thüringen rd. 292 Tsd. Einwohner bzw. knapp 10% der Bevölkerung verloren, wobei die Bevölkerungsverluste sich regional stark unterscheiden (s. Karte 4-13). Ferner hat sich in Thüringen das Verhältnis jüngerer zu älteren Menschen erstmalig 1998 umgekehrt. Seit der Wiedervereinigung wuchs die Bevölkerungsgruppe der Senioren um rd. 12% und der Seniorenanteil um rd. 22% (vgl. Abschnitte 2.1.3 und 4.2.1) mit topologischen Konzentrationen überdurchschnittlich hoher Seniorenanteile in Ost- und Südost- sowie Nordthüringen. Hingegen ist für alle kreisfreien Städte und Ostthüringen ein überdurchschnittlich hoher Hochbetagtenanteil kennzeichnend (s. Karte 4-9). Eine besonders ungünstige Kumulation der Bevölkerungsparameter lag in rd. 32% der Thüringer Gemeinden vor, die sowohl Wanderungsverluste als auch einen Sterbeüberschuss (geringe Fertilität) aufwiesen. Diese Gemeinden „schrumpfen“ nachhaltig (s. Karte 4-14 und zur Schrumpfung vgl. Abschnitt 2.4.2).

Auch zukünftig wird sich der Bevölkerungsrückgang und die Bevölkerungsalterung mit steigender Dynamik in Thüringen fortsetzen. Neben einem erwarteten optimistischen Rückgang auf rd. 1,73 Mio. Einwohner im Jahr 2050 ergeben sich aus der wesentlich dynamischeren Entwicklung der älteren Altersgruppen die größten Herausforderungen. So wird für Thüringen ein Seniorenanteil von über 33% im Jahr 2050 mit beachtlichen regionalen Unterschieden erwartet, die auch zur Umpolung gegenwärtig überdurchschnittlich junger Kreise zu den künftig am stärksten überalterten Kreisen führen werden (vgl. Abschnitt 4.4.3). Besonders ungünstig ist die Entwicklung voraussichtlich in den Städten Gera und Suhl. So wird die Stadt Suhl mit dem gegenwärtig geringsten Seniorenanteil in rd. 20 Jahren zusammen mit der Stadt Gera die höchsten Seniorenanteile in Thüringen mit knapp 30% aufweisen (s. Abb. 4-7 und Karte 4-15). Daraus resultiert ein beachtlicher Anpassungsdruck, z.B. der gegenwärtig auf jüngere Bevölkerungsgruppen ausgerichteten Infrastruktur, auf die Bedürfnisse der Senioren.

Demographischer Einfluss: Der **Seniorenanteil**, das **Biletter-Maß** ($BM_{(Pflge)}$) und die **Seniorenaltersstruktur** (**SAS-Maß**) bilden zusammen einen demographischen Fokus auf die numerisch größte Zielgruppe der Pflegeversicherung und beschreiben zugleich die räumliche Heterogenität der Bevölkerungsalterung. So stehen wenige Gemeinden mit starker Abnahme des Seniorenanteils um bis zu 45% (Zentren des Suburbanisierungsprozesses) sehr vielen Gemeinden mit einer überaus starken Zunahme des Seniorenanteils um bis zu 81% gegenüber (s. Karte 4-6 und Tab. 4-3). Im Gegensatz zum üblichen Seniorenanteil identifiziert das $BM_{(Pflge)}$ die gesamte strukturelle, regionale Überalterung und unterscheidet sich insofern vom Seniorenanteil, dass so auch Regionen mit (noch) niedrigem Seniorenanteil aufgrund geringer Kindergenerationen als strukturell überaltert gelten (deutlich im südlichen Thüringen und entlang des Thüringer Waldes: s. Karte 4-7). Eine besonders negativ soziodemographische Situation aus insgesamt älterer Bevölkerung und insgesamt älteren Senioren charakterisiert das Zusammentreffen von ungünstigem $BM_{(Pflge)}$ (allgemeine Überalterung) und – methodisch für die Arbeit entwickeltem – negativem *SAS-Maß* (hohes Alter der Senioren). Diese spezifische Situation überwiegt in der Region des Thüringer Waldes, des Thüringer Schiefergebirges, Ostthüringens, im Kyffhäuserkreis, Teilen des Landkreises Nordhausen sowie in allen kreisfreien Städten mit Ausnahme der Stadt Jena (s. Karte 4-8, Anlage Karte II-13).

Es hat sich gezeigt, dass dieser demographische Einfluss auf die Pflege zwar evident ist, doch die Stärke dieses Zusammenhangs zur Zeit sowohl für die Pflegebedürftigenstruktur als auch für die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nicht grundsätzlich signifikant ist. Insbesondere die gebräuchlichen „klassischen“ Indikatoren zur Beschreibung der demographischen Situation, wie die gesamte regionale Altersstruktur (Biletter-Maß) oder der Seniorenanteil, sind nicht grundsätzlich geeignet, die Unterschiede in der Pflegebedürftigenstruktur und Inanspruchnahme von Pflegeleistungen zu charakterisieren oder zu erklären. So ist eine erwartete Korrelation der regionalen Altersstruktur mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit nur für die stationäre Pflege signifikant. Festgestellt wurden folgende herausragende Korrelationsmuster:

- Den höchsten Erklärungsgehalt, d.h. das signifikanteste Korrelationsmuster, weist das für die Arbeit entwickelte **Seniorenaltersstruktur-Maß** aus. Mit steigendem **SAS-Maß** (die Senioren sind insgesamt jünger) wird u.a. auch der stationäre und teilstationäre Versorgungsgrad sowie die Inanspruchnahme geringer (am deutlichsten in kreisfreien Städten: s. Abb. 6-1). Gleichmaßen ist die grundsätzliche Interdependenz von jüngeren Senioren und hoher privater/häuslicher Pflege sowohl in den Landkreisen als auch in den kreisfreien Städten nachweisbar.

- Einen weiteren hohen demographischen Erklärungsgehalt speziell für die stationäre Pflegebedürftigkeit hat der Indikator „**Hochbetagtenanteil**“³¹⁹. Neben dem Durchschnittsalter der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen steigt mit dem Anteil Hochbetagter an den Senioren einer Region auch die Schwere der Pflegebedürftigkeit in den Pflegeeinrichtungen. Die Aussagen gelten sowohl für Bewohner, Einzüge als auch für die Art der Pflege (Abb. 6-2). Auch ist das Institutionalisierungsrisiko Pflegebedürftiger vor Einzug in eine Pflegeeinrichtung mit höherem Hochbetagtenanteil größer (niedrigerer stationärer Bewohneranteil aus Privathaushalten bei steigendem Hochbetagtenanteil insbesondere in den kreisfreien Städten aufgrund z.B. eines Umzug aus einem Krankenhaus). Zudem zeigt sich in den Landkreisen eine eindeutige Tendenz zu längerer Aufenthaltsdauer mit steigendem Hochbetagtenanteil.

Die regionale Altersstruktur hat demnach zur Zeit nur mittelbaren Einfluss auf die gesamte Pflegebedürftigkeit, aber unmittelbaren Einfluss auf die stationäre und teilstationäre Pflege.

Neben der primären Zielgruppe der Senioren (charakterisiert durch den Seniorenanteil, das SAS-Maß oder das $BM_{(Pflge)}$) liefert der demographische Fokus **Pflegepotential** die Größenordnung der Bevölkerungsgruppe, die maßgeblich private informelle und damit nichtprofessionelle Pflege und Hilfe leistet (zur Definition des Pflegepotentials s. Abschnitt 4.2.3). Es hat sich gezeigt, dass je niedriger dieses Pflegepotential einer Region ist, desto ungünstiger ist die Wahrscheinlichkeit, professionelle Pflege durch private/häusliche Pflegepersonen zu ergänzen oder zu substituieren (s. Abb. 6-3). Gleichzeitig werden mit höherem Pflegepotential die Möglichkeiten der privaten/häuslichen Pflege prinzipiell länger ausgeschöpft, so dass die Aufenthaltsdauer in einer stationären Pflegeeinrichtung kürzer ist, da die Pflegebedürftigkeit bei Einzug bereits relativ stärker fortgeschritten ist/war. Im selben Kontext ist die Schwere der stationären Pflegebedürftigkeit (hier Anteil Pflegestufe 3) bei höherem Pflegepotential niedriger (s. Abb. 6-4). Anzunehmen ist, dass mit höherem Pflegepotential auch die Pflege „bis zum Schluss“ geleistet wird. Ein Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung erfolgt dann erst relativ spät oder gar nicht. Sowohl Umfang als auch Realisierung des Pflegepotentials verlaufen aber in Landkreisen anders als in kreisfreien Städten. Bemerkenswert ist, dass zudem das Institutionalisierungsrisiko in kreisfreien Städten vor Einzug in eine Pflegeeinrichtung deutlich höher ist, d.h. die private/häusliche Pflege „endet“ zunächst oft mit einem Krankenhausaufenthalt.

Die günstigsten Pflegepotentiale weisen die meisten Umlandgemeinden der Städte auf, in denen jedoch die wenigsten Senioren und Hochbetagten leben (s. Karte 4-10). Charakteristisch für das Pflegepotential in den Gemeinden ist, dass es sich in der Regel mit steigendem Seniorenanteil verschlechtert (vgl. Anlage Abb. II-7). Zu erwarten ist eine deutliche Abnahme des Pflegepotentials von 1998 mit noch rd. 2 potentiellen Pflegepersonen je betagten Menschen „75 Jahre und älter“ auf weniger als 0,7 potentiellen Pflegepersonen im Jahr 2050.

Den wichtigsten und empirisch messbaren Einfluss auf die tatsächliche Realisierung des Pflegepotentials für die private/häusliche Pflege hat die Arbeitslosigkeit. Mit überdurchschnittlich hohen Arbeitslosenzahlen haben insbesondere die Regionen im nördlichen Thüringen „günstige“ Voraussetzungen für ein hohes realisierbares Pflegepotential, was durch eine überdurchschnittlich hohe Inanspruchnahme ambulanter Pflegegeldleistungen in Nordthüringen bestätigt wird (s. Karte 4-12). In Bezug auf den Einflussfaktor Arbeitslosigkeit in der Region konnte eine gegenläufige Korrelation zwischen hohem Anteil arbeitsloser Frauen „55 Jahre und älter“ und niedrigen stationären Pflegeleistungen nachgewiesen werden. Diese höhere Arbeitslosigkeit führt u.a. auch zu kürzeren Aufenthaltsdauern in Pflegeheimen, da die Möglichkeiten der privaten/häuslichen Pflege bis an die „Grenze“ des privaten/informellen Pflegepotentials ausgeschöpft werden können (tendenziell höhere und längere Pflegebereitschaft bei höherer altersspezifischer Frauenarbeitslosigkeit: s. Abb. 6-7).

Bemerkenswert ist schließlich, dass in allen Landkreisen mit steigender Arbeitslosigkeit (Arbeitslose pro 100 EW) der Anteil der Pflegeheimbewohner aus dem „eigenen“ Kreis (Heimatbewohner) signifikant zunimmt. Ein direkter Zusammenhang kann nicht erwartet werden, aber es ist anzunehmen, dass ein allgemeiner ökonomischer Problemdruck im Landkreis Einfluss auf die Platzvergabe in den Pflegeheimen ausübt (gesteigerte regionale Bedarfsorientierung).

Weitere erwartete und empirisch messbare **sozialstrukturelle Einflüsse** auf die Pflege ergaben sich aus regionalen Unterschieden in der Haushaltgröße, des Familienstandes und der Gebäude- und Wohneigentumsstruktur. So ist in Einpersonenhaushalten und bei alleinstehenden Menschen

³¹⁹ Sowohl der Anteil „Personen 85 Jahre und älter“ an der Gesamtbevölkerung als auch der Anteil an den Senioren insgesamt.

u.a. die Wahrscheinlichkeit, verlässliche Hilfe und Pflegepersonen zu finden, am geringsten und das Institutionalisierungsrisiko, z.B. mit stationären Pflegeleistungen, deutlich höher (vgl. u.a. Abschnitt 5.2.2 und Abb. 6-5). Ein Großteil der Senioren, die allein im eigenen Haushalt leben, sind von der jüngeren Generation räumlich tatsächlich weitgehend isoliert, und der generationsübergreifende Kontakt wird allgemein als sehr gering eingestuft (vgl. Abschnitt 4.3.1).

Für Thüringen ist ein Trend zu kleineren Haushalten festzustellen (Zunahme der Einpersonenhaushalte auf 32%) und nahezu die Hälfte der Personen „75 Jahre und älter“ lebt in Einpersonenhaushalten. Empirisch nachweisbar ist ein signifikanter Zusammenhang von **Haushaltsgröße** und Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen nur in den kreisfreien Städten (mit steigendem Anteil der Einpersonenhaushalte an allen Haushalten nimmt die Inanspruchnahme stationärer Pflegeleistungen zu). Diese Tendenz ist in den Landkreisen nur erkennbar, wenn die Siedlungsstruktur berücksichtigt wird: So bilden Landkreise mit größeren Städten ebenfalls eine Gruppe von höherer stationärer Inanspruchnahme bei höherem Anteil Einpersonenhaushalte. Bekräftigt wird dieser Zusammenhang mit dem Umkehrschluss auf die Inanspruchnahme vom Pflegegeldleistungen zur privaten/häuslichen Pflege: Mit steigendem Anteil der Einpersonenhaushalte geht der Anteil der Pflegegeldempfänger deutlich zurück (s. Abb. 6-5). So kann der Einfluss Haushaltsstruktur und -größe auf die Pflegeleistungen bzw. die Art der Pflege bestätigt werden. Die Stärke des Zusammenhangs unterscheidet sich jedoch siedlungsstrukturell und damit nach der Kreisart: Bei den kreisfreien Städten ist die Korrelation zur stationären Pflege signifikant und bei den Landkreisen zum Pflegegeld (private/häusliche Pflege). So nimmt mit steigendem Anteil der Einpersonenhaushalte auch der (benötigte) gesamte Versorgungsgrad zu (s. Abb. 6-6). Die Konsequenz eines angenommenen Anteils von 50% Einpersonenhaushalten erfordert rechnerisch einen stationären Gesamtversorgungsgrad von 7,2 Pflegeplätzen je 100 Senioren.

In den Kontext der Haushaltsgröße reiht sich auch der **Familienstand** mit dem Aspekt der Kinderlosigkeit ein. Für alle Haushalte ist ein Trend zu „Alleinstehenden ohne ledige Kinder“ zu verzeichnen. Zukünftig werden immer mehr Menschen zeitlebens kinderlos bleiben. Diese strukturellen Singlehaushalte haben nicht nur ein empirisch höheres Pflegebedürftigkeitsrisiko, sondern führen mangels familiärer Unterstützung zu einem großen professionellen Pflegebedarf.

Analog zur Haushaltsgröße aber bisher empirisch kaum abgesichert ist ein negativer Zusammenhang von **Wohneigentum** und Institutionalisierungsrisiko erkennbar. Schwellenängste und Verlust des Immobilienvermögens können danach eine stationäre Pflegeunterbringung überdurchschnittlich stärker verhindern oder aufschieben. Pflege wird solange als möglich im Haushalt organisiert. Im Sinne des Pflegeprinzips „ambulant vor stationär“ haben die kreisfreien Städte besonders ungünstige Voraussetzungen (hoher Anteil Einpersonenhaushalte und niedrige Wohneigentumsquote). Das Indikatorenmodell bestätigt einen Zusammenhang zwischen Einfamilienhausanteil an allen Wohngebäuden und der Inanspruchnahme stationärer Pflegeleistungen (s. Abb. 6-8). Je höher der Einfamilienhausanteil ist, desto niedriger ist die reale Inanspruchnahme stationärer Pflegeleistungen und folglich der Pflegegeldleistungsempfängeranteil im Kreis höher.

Die **Siedlungsstruktur** hat ebenso wie der Quartiersbezug im Alter eine herausragende Bedeutung. Kriterien wie Erreichbarkeit und Infrastrukturausstattung stehen in wechselseitiger Beziehung zu lebensqualitativen Ausstattungsmerkmalen, die das „älter werden“ erleichtern. Hilfe- und Pflegebedarf wurden über Jahrhunderte überwiegend durch die örtliche Gemeinschaft kompensiert – ohne ein professionelles Infrastrukturangebot. Die Kompensationsmöglichkeiten der örtlichen Gemeinschaft sind aber seit langem rückläufig und Dörfer und Kleinstsiedlungen können kaum eine altersgerechte Infrastruktur anbieten (vgl. u.a. Abschnitt 2.3.3). Da die Nachfrage nach Hilfe- und Pflegeleistungen jedoch überwiegend bzw. ausschließlich wohnortnah und ortsgebunden ist, kann ein Bedarf nicht grundsätzlich im nächstliegenden größeren Ort gedeckt werden. Dennoch sind Siedlungsdichte und Netzdichte zentraler Orte wichtige Indikatoren für die Infrastrukturversorgung. Die Dichte des **städtischen Siedlungsnetzes** ist nicht nur ein besonderes Merkmal Thüringens, sondern sie ermöglicht die Ausweisung eines relativ engmaschigen, hierarchisch gegliederten Netzes **zentraler Orte** mit entsprechenden Pflegeinfrastrukturangeboten (zur zentralörtlichen Konzentration der Pflegeinfrastrukturen vgl. Abschnitt 5.2.1.2 und 5.3.1.1). In nahezu allen Teilregionen Thüringens ist zur Zeit die zentralörtliche Erreichbarkeit gegeben (s. Karte 4-5).

Das zentrale Problem der Altenhilfe und Pflege ist jedoch nicht die Erreichbarkeit eines zentralen Ortes (innerhalb zentralörtlicher Verflechtungsbereiche), sondern die Wegezeitkosten der professionellen ambulanten Pflege und die Mobilität der alten und/oder pflegebedürftigen Menschen. Rund 28% der Thüringer Senioren leben nicht in einem zentralen Ort. In den Landkreisen leben rd. 36% der Senioren nicht in einem zentralen Ort und in Sömmerda und Eichsfeld sind es sogar knapp die Hälfte der Senioren. Im höheren Alter und bei Pflegebedürftigkeit ist dann von einer sehr ungünstigen Erreichbarkeit zentralörtlicher Angebote auszugehen (s. Abschnitt 4.1.4). Zentralörtliche Verflechtungsbereiche können daher den Grundsatz einer wohnortnahen Pflegeleistungssicherung nicht substituieren, da sie nicht von den bisher überwiegend jungen und mobilen Altersgruppen auf ältere oder pflegebedürftige Menschen übertragbar sind.

Die **Raumstruktur Thüringens** zeigt in ihrer alterstrukturellen Bilanz nach Gebietskategorien und der ohnehin geringen und zudem rückläufigen Bevölkerungs- und Siedlungsdichte, dass die Versorgungssicherung der alternden Bevölkerung prinzipiell auch eine Flächenaufgabe darstellt. Dabei sind die Strukturunterschiede zwischen den verdichteten Regionen mit hoher und dem ländlichen Raum mit niedriger Bevölkerungs- und Siedlungsdichte bereits innerhalb der Kreise sehr groß (s. Karte 4-1 und Karte 4-2). Es konnte festgestellt werden, dass zwar die Thüringer Bevölkerung nahezu zu gleichen Anteilen in verdichteten und ländlichen Gebieten lebt (s. Tab. 4-1), aber gemäß der Gebietskategorisierung eine „Überalterung“ keineswegs nur ein städtisches Problem darstellt, sondern der Problemfokus „Überalterung“ in sieben Landkreisen überproportional größer im ländlichen Raum ist. Nur in fünf Landkreisen betrifft das überwiegend verdichtete Gebiete (s. Karte 4-4 und Abb. 4-1). Auch die Analyse des $BM_{(Pflege)}$ nach Gebietskategorien zeigt, dass der strukturschwache ländliche Raum die insgesamt älteste Bevölkerung aufweist. Verdichtete Gebiete folgen „erst“ an zweiter Stelle (s. Tab. 4-1). Der räumliche Problemschwerpunkt ist jeweils ein anderer und es resultieren andere Anforderungen an die Erreichbarkeit und Versorgungssicherung. Diese Erkenntnis divergiert zur bekannten These, dass sich die Überalterung überwiegend auf städtische bzw. verdichtete Gebiete konzentriert. Die gebietskategorial/raumstrukturell differenzierte Analyse der Altersstruktur macht außerdem deutlich, dass die demographische Entwicklung zwangsläufig zu zeitlich versetzten Versorgungsdisparitäten – auch in den jungen Umlandgemeinden – führen wird (vgl. Abschnitt 4.4.3).

Erwartungsgemäß war abschließend festzustellen, dass die meisten siedlungs- und raumstrukturellen Korrelationen vom großen strukturellen Unterschied der Landkreise und kreisfreien Städte überlagert werden. Insbesondere räumliche Verdichtung und höhere Bevölkerungsdichte korrelieren direkt mit Indikatoren zur Pflegeinfrastruktur, wie dem Versorgungsgrad (s. Abb. 6-8).

Die **zusammenfassende typologische Sichtweise** zeigt für die pflegespezifische Einflussstruktur (Einflussindikatoren) eine hohe Indikatorenkonzentration auf die Merkmale „Verdichtung“ (Siedlungs- und Zentralitätsfaktor), „Entwicklung“ (Bevölkerungsentwicklungsfaktor) und „Senioren/Altersstruktur“ (vgl. Abschnitt 4.5.5). Innerhalb dieser Typologie haben den höchsten topologischen Differenzierungsgehalt vor allem soziodemographische Indikatoren, die Thüringen in Ost/Südost-, Mittel- und Westthüringen einteilen. Indikatoren zur Raum- und Sozialstruktur führen hingegen „nur“ zu einer grundlegenden Trennung von Landkreisen und kreisfreien Städten, leisten aber innerhalb der Kreiskategorien einen wichtigen Differenzierungsbeitrag.

Diese **topologisch zusammenfassende Sichtweise** gilt als Ausgangsbasis für die zukünftige regionale Einordnung der Pflege und demographischen Entwicklung in Thüringen, und macht ein charakteristisches Grundmuster pflegedeterminierender Einflussstrukturen und -entwicklungen sichtbar. Die östlichen, südöstlichen und nördlichen Kreise Thüringens sind von einer insgesamt negativen Einflussstruktur (vgl. Clusteranalyse in Karte 4-17) gekennzeichnet, die sich auch in einzelnen thematischen Einflussindikatorengruppen widerspiegelt (vgl. Karte 4-18). Dieses topologische Gesamtbild stützt ebenfalls die faktoranalytisch ermittelte Dreiteilung Thüringens bezüglich der Einflussstrukturen in eine günstige/positive Region Mittelthüringens, eine ungünstige/negative Großregion Südthüringens und eine sehr negativ bewertete Region Nordthüringens (und dem Landkreis Altenburger Land in Ostthüringen: vgl. Karte 4-19). Die zusammenfassende clusteranalytische Bewertung der Einflussfaktoren weist für Mittelthüringen die insgesamt günstigste pflegedeterminierende Einflussstruktur nach. Die häufigsten negativen/ungünstigen Extrempositionen bei den Einflussindikatoren haben hingegen die Stadt Suhl und die Landkreise Eichsfeld und Al-

tenburger Land. Regional differenziert stellt sich das pflegedeterminierende Gesamtbild Thüringens zur Zeit wie folgt dar:

- „Jüngere“ Umlandregionen der Zentren mit hohen Pflegepotentialen und Bevölkerungszunahme (insbesondere im Umland der größeren Städte und entlang der Thüringer Städtereihe),
- „ältere“ Zentren mit noch ausreichendem Pflegepotential aber deutlicher Bevölkerungsabnahme bei gleichzeitiger struktureller Bevölkerungsalterung,
- hohe Überalterung ländlicher strukturschwacher Regionen mit tendenziell ungünstigem Pflegepotential aber zum Teil stagnierender oder leicht negativer Bevölkerungsentwicklung,
- junge Altersstruktur in strukturstarken oder aus der Lagegunst zu den alten Bundesländern pendlerintensiven ländlichen Regionen mit stagnierender Bevölkerungsentwicklung,
- eine Konzentration ungünstiger Einflussstrukturen u.a. insbesondere mit hohem Bevölkerungsrückgang in den Regionen Ost- und Nordthüringens, dem Thüringer Wald und dem Thüringer Schiefergebirge sowie
- vereinzelte Extremdispositionen von Regionen mit spezifischen Strukturförderungsmaßnahmen der DDR bis 1990, wie z.B. die Stadt Suhl und Landkreis Eichsfeld (zu diesen singulären Ausprägungen vgl. auch USBECK (1989), KIND (1995) UND KIND (1997).

Die Interdependenzen von Einflussituation und Pflege repräsentieren insgesamt rd. ¼ aller möglichen Indikatorenkombinationen (s. Tab. 6-1). Bemerkenswert ist, dass die Indikatoren mit den meisten Korrelationen jeweils von wichtigen Einfluss- und Pflegelandschaftsindikatoren wie dem Hochbetagtenanteil an den Senioren, dem Pflegegeldleistungsempfängeranteil oder dem Anteil stationärer Pflegebedürftiger besetzt werden. Das bestätigt die grundsätzlich richtige Indikatorenauswahl für die Beschreibung der Pflegelandschaft und ihrer Einflussstrukturen.

7.1.4 Gesamtsicht, Einordnung und Bewertung

Planerisch wie politisch sind zusammenfassende Indikatoren oder besser noch aussagekräftige Faktoren wünschenswert, um komplexe und komplizierte Sachverhalte leichter vermittelbar, handhabbar und im gesellschaftspolitischen Diskurs planbar zu machen. So identifiziert die Typologie des gesamten Indikatorenmodells für einige abhängige Indikatoren (wie dem stationären Versorgungsgrad oder der Inanspruchnahme) bedeutende Einflussindikatoren, die auch einen Beitrag zur Extrapolation einer zukünftigen Pflegeentwicklung leisten können.

Weniger eindeutig im Sinne generalisierender und übertragbarer Faktoren offenbaren sich die faktoranalytischen Ergebnisse der Gesamttypologie, da einzelne thematische Indikatorengruppen bei den Faktoren gänzlich fehlen. Zwar ist faktoranalytisch das hier gewählte Indikatorenmodell Pflege ausgesprochen gut zu erklären und weist mit einer hohen Ladungsdichte der ersten Faktoren die erwarteten Parameter zur Infrastrukturversorgung/Zentralität, demographischen Entwicklung und Altersstruktur nach (vgl. Tab. 6-2 und Tab. 6-3). Aber es wird faktoranalytisch explizit kein Regionalisierungsfaktor bzw. kein ländlicher (Problem-)Faktor extrahiert. Dieser fehlende ländlich/flächenorientierte Gegenpol bestätigt aber gerade die hohe Bedeutung und Eigenständigkeit von Strukturdefiziten des ländlichen Raums. So beinhalten die ungeklärten Restvarianzen der Faktorenanalyse die Indikatoren dieser strukturellen Unterschiede (z.B. der Versorgungsverflechtungen). Damit beweist die Faktorenanalyse indirekt die Eigenständigkeit der raumstrukturellen Komponente (außerhalb räumlicher Konzentrationen) im Indikatorenmodell.

Festzustellen war daher, dass durch die geringen Pflegeinfrastrukturangebote und spezifischen Pflegeprobleme im ländlichen Raum – bzw. zutreffender in der Fläche – überwiegend ein Umzug / eine Nutzung der Pflegeinfrastrukturen in verdichteten oder städtischen Regionen erfolgt. Daraus resultiert nicht nur eine theoretisch deutlich höhere Inanspruchnahme professioneller stationärer Pflegeleistungen in verdichteten Gebieten, sondern auch eine Verzerrung individueller Pflegebedürftigenmerkmale im regionalen Vergleich (z.B. die Schwere der Pflegebedürftigkeit). Diese Unterschiede können aufgrund der eigenen Datengrundlage exakter abgebildet werden. Dieser neue Regionalisierungsansatz zur Struktur der Pflegebedürftigkeit und Inanspruchnahme von Infrastruktureinrichtungen hat eine hohe Eigenständigkeit und wird durch keinen der Faktoren abgebildet.

Diese Erkenntnis ist für die Erhebungsmethodik anderer Untersuchungen von zentraler Bedeutung (z.B. der amtlichen Pflegestatistik). Aus Komplexitäts- oder Datenschutzgründen werden oft Erhebung nur nach Infrastrukturstandorten und nicht nach der tatsächlichen regionalen Herkunft der Bewohner durchgeführt. Das hohe Infrastrukturangebot in verdichteten Gebieten (z.B. der kreisfreien Städte) verfälscht bei dieser Erhebungsart von Primärdaten aber nicht nur die Inanspruchnahme sondern alle strukturellen und individuellen Merkmale der Pflegebedürftigkeit.

Die Gesamttopologie der Pflegelandschaft Thüringens (das Indikatorenmodell aus Einfluss und Pflege) wurde sowohl indikatoren- (Karte 6-2 und Karte 6-3) als auch faktorengestützt (Karte 6-5) analysiert und anhand eines Bewertungsalgorithmus untereinander und mit alternativen Clusteralgorithmen verglichen. Die resultierende Benotung einzelner Kreise im Verhältnis zu allen Kreisen Thüringens erlaubt eine regionale Differenzierung Thüringens auch in Varianten der typologischen Restriktion von individueller und räumlicher Determination.

Bei der Beurteilung alternativer Clusteralgorithmen zeigte sich, dass die Differenzierung der Kreise beim *Ward-Algorithmus* verhältnismäßig gering ist: Alle kreisfreien Städte zeichnen sich deutlich mit der Note 2 ab (Ausnahme die mehrfach dargestellte Sondersituation der Stadt Suhl) und die Ausdifferenzierung der Landkreise beschränkt sich auf zwei Noten, wobei die durchschnittliche Bewertung Note 3 überwiegt (s. Karte 6-2). Demgegenüber ermöglichte die *partitionierende Clusteranalyse* mit der iterativen Umgruppierung der Kreise zu „neuen“ Clusterzentren eine aussagefähigere Differenzierung sowohl der Landkreise als auch der kreisfreien Städte (s. Karte 6-3).³²⁰

Die daraus abgeleitete pflegedeterminierende und pflegedeterminierte Gliederung Thüringens in jeweils eigenständige Gruppen von positiv und negativ bewerteten Landkreisen und kreisfreien Städten bildet zwar keine zusammenhängenden Regionen aus, beschreibt aber überwiegend die komprimierten regionalen Disparitäten der empirischen Einzelergebnisse und bestätigt die Plausibilität des Indikatorenmodells. Diese Bewertung der Pflegelandschaft ist aus der Status-quo-Perspektive auch eine Bestätigung für die aus der Landespflegeplanung gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse. Im Ergebnis der topologischen Indikatorenbewertung gehören zu den charakteristischen Kreisen in Thüringen:

- Wartburgkreis: Durch die Randlage zu den alten Bundesländern besteht eine positive wirtschaftliche und demographische Situation, aber durch das Herauslösen Eisenachs als kreisfreie Stadt aus der primären Versorgungsstruktur des Kreises entstand ein hoher Verlust an Versorgungsfunktionen. Der resultierende rechnerische Bedarfsanstieg im Kreis ist stärker als bei allen anderen Landkreisen in der Nähe einer kreisfreien Stadt. Die einseitige Infrastrukturorientierung auf Eisenach in der Vergangenheit (vor der Kreisfreiheit) wirkt sich weiter negativ aus.
- Sömmerda: Strukturschwacher Landkreis am Rande der Städtereihe (profitiert kaum von der Städtereihe) gekoppelt mit einer spezifischen Pflegeinfrastruktur. In Sömmerda gibt bzw. gab es nur einen Träger, nur Einrichtungen in Plattenbauweise und (in der Konsequenz) eine sehr heterogene, zum Teil jüngere und nur gering pflegebedürftige Bewohnerstruktur.
- Eichsfeld: Die jüngste Bevölkerungsstruktur in Thüringen ist gekoppelt mit einer hohen Siedlungs- aber niedrigen Bevölkerungsdichte, einer ebenso kleinteiligen Pflegeinfrastruktur sowie einer überdurchschnittlich gut funktionierenden privaten häuslichen Pflege. Prägend sind viele kleinere Pflegeeinrichtungen, die u.a. einen relativ hohen Anteil nichtpflegebedürftiger Bewohner aufnehmen (aus individuell nachvollziehbaren und sozialen Erwägungen).
- Nordhausen: Ähnlich dem Eichsfeldkreis, jedoch mit einer Bewertungsverlagerung auf pflegestrukturelle Stärken (Versorgungssituation und Pflegeheimstruktur).
- Weimarer-Land: Positive Gesamtbewertung durch Lagegunst in der Thüringer Städtereihe (u.a. Infrastrukturausstattung und Wandernutzungsgewinne), aber auch Abgabe von Versorgungsfunktionen an die kreisfreien Städte.
- Altenburger-Land: Ausgewogene Gesamtbewertung, da u.a. qualitativen und quantitativen Defiziten der Pflegeinfrastruktur eine hohe allgemeine Kompensationsleistung durch professionelle Pflegeleistungen der höchsten Pflegebedürftigenzahlen in Thüringen gegenüberstehen.

³²⁰ Hintergrund ist die iterative Optimierung der Clusterzuordnungen gemäß optimaler Distanzen zwischen (rechnerischen) Clusterzentren und Kreisindikatorenwerten, die zu einer höheren Ähnlichkeit innerhalb eines Clusters führt.

Die faktorgestützte Clusteranalyse bestätigt diese Topologie. Aufgrund der reduzierten Komplexität des Indikatorenmodells wird jedoch eine höhere Ausdifferenzierung der Kreise unabhängig der Kreisart erreicht (insbesondere durch die Komprimierung des starken Zusammenhangs der stationären Pflege mit raumstrukturellen Verdichtungsstrukturen zu nur einem Faktor). Mit der typologischen Restriktion, dass die Faktoren keine regionalen Versorgungsverflechtungen abbilden können, erhalten bei der faktorgestützten Clusteranalyse insbesondere die nördlichen Kreise Thüringens und erwartungsgemäß die Stadt Suhl, der Landkreis Sonneberg sowie der Saale-Holzland-Kreis eine schlechtere Gesamtbewertung (vgl. Karte 6-5).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der angenommene und analytisch vorausgesetzte Kausalzusammenhang zwischen Einfluss- und Pflegelandschaftsindikatoren grundsätzlich in zahlreichen Einzeluntersuchungen bewiesen werden konnte. Eine direkte Abhängigkeit mit Blick auf die zukünftige Entwicklung sollte aufgrund der erst geringen Erfahrungen über die zukünftige Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und der hohen regionalen Infrastrukturdisparitäten auch weiterhin nur angenommen werden. Das Zeitfenster der Untersuchungen auf der Basis von vier Primärerhebungen ist hierzu noch nicht ausreichend. Auch ist die überwiegende Grobkategorisierung in kreisfreie Städte und Landkreise zwar statistisch signifikant aber inhaltlich nicht zufriedenstellend. So ergänzen sich stationäre und raumstrukturelle Indikatoren und Faktoren und beschreiben den gleichen Sachverhalt: „Verdichtung mit hohem Versorgungsangebot“. Regionsspezifische Pflegestrukturmerkmale sind daher oft undeutlich. Ferner erschweren kreisspezifische Problemsituationen die allgemeine Bewertung von zusammenhängenden Regionen mit z.B. besonderem Handlungsbedarf.

Um eine dennoch für die Raum- und Landesplanung generalisierende Kreisbetrachtung zu ermöglichen, hat sich die vergleichende Einzelbetrachtung von Einfluss- und Pflegeindikatoren als hilfreich herausgestellt. Mit vergleichenden qualitativen Werturteilen aus der Einzelbetrachtung von z.B. Pflegesituation, pflegespezifisierten Einflussituation oder inhaltlich abgegrenzten Einzelaspekten (z.B. ambulante Pflege und Pflegepotential) lassen sich getrennte Sichtweisen zu einer zusammenfassenden Aussage über die Perspektive der Regionen zusammenführen.

Exemplarisch für diesen Analyseweg wurden die jeweiligen Gesamtbewertungen von Einfluss- und Pflegesituation zu einem charakteristischen Fokus räumlich zusammenhängender Strukturregionen konzentriert (vgl. Karte 6-6):

- Die auffälligste Struktur haben die Kreise im Südosten Thüringens. Der ungünstigen demographischen und raumstrukturellen Basis steht eine noch gute Pflegestruktur (auch Infrastruktur) gegenüber (in der Stadt Gera sogar sehr gute Pflegestruktur).
- Eine weitere Struktur aus drei ähnlichen und zusammenhängenden Kreisen bildet sich um die Landeshauptstadt Erfurt heraus. Hier treffen noch gute Einflussindikatoren auf eine unzureichende Pflegestruktur (überwiegend Infrastruktur).
- Die größte Benotungsgruppe bilden sieben Landkreise, die sowohl bei den Einflussindikatoren als auch den Pflegeindikatoren gute Noten erhalten haben. Diese Gruppe wird ergänzt durch den Landkreis Hildburghausen mit sehr guter Pflegestruktur.

Diese Zusammenfassung ist die einerseits am stärksten abstrahierende und generalisierende Betrachtungsweise des Pflegemodells und ermöglicht andererseits Rückschluss zu den differenzierten Aussagen und Besonderheiten der Kreise. Topologische Analysen bivariater Choroplethenkarten können generell spezifische Problemlagen von sowohl empirisch signifikanten als auch nur angenommenen Zusammenhängen identifizieren:

- So ist anzunehmen, dass sich in sieben Kreisen mit überdurchschnittlich „alter“ Bevölkerung und bereits heute überdurchschnittlich hoher Inanspruchnahme professioneller Pflegeleistungen der professionelle Pflegebedarf stark erhöhen wird. Die größten Herausforderungen haben jedoch die Kreise mit zur Zeit noch „jüngerer“ Altersstruktur aber bereits überdurchschnittlich hoher professioneller Inanspruchnahme von Pflegeleistungen (s. Karte 6-1: Beispiel 1).
- Empirisch belegt ist hingegen der Zusammenhang von „alten“ Senioren (niedriges SAS-Maß) und einem hohen stationären Pflegeleistungsempfängeranteil bzw. der ungünstigen geringeren Inanspruchnahme von Pflegegeldleistungen (weniger private/häusliche Pflege). Als eine Konsequenz der demographischen Alterung wird es zu einem überdurchschnittlich höheren vollsta-

tionären Pflegebedarf in den Kreisen kommen, die zwar (noch) eine relativ junge/günstige „Seniorenaltersstruktur“ aufweisen, aber bereits heute schon einen hohen stationären Pflegeleistungsanteil an allen Pflegebedürftigen haben. Das betrifft vor allem die kreisfreien Städte (Karte 6-1: Beispiel 2).

Im Rahmen der erwarteten demographischen Entwicklung verweisen alle Erkenntnisse der pflegedeterminierten Topologien in Thüringen auf eine zunehmende demographische und räumliche Polarisierung in „junge/alte Regionen“ und eine Ausweitung vorhandener Disparitäten bei der Infrastrukturversorgung. Die Stadt Suhl vollzieht heute einen Wandel von einer jungen zu einer stark überalterten Stadt, die charakteristisch für viele andere Teilregionen Thüringens sein wird.

Abschließend ist anzumerken, dass sich mit den Vorgaben der 1990iger Jahre die Pflegelandschaft Thüringens und die Situation pflegebedürftiger Menschen in Thüringen qualitativ und quantitativ stark verbessert hat. Diese Grundlage reicht aber für den zu erwartenden Bedarf nicht aus. Kapazitätsreserven bestehen nicht und weitere Optimierungspotentiale im baulich / infrastrukturellen Pflegeinfrastrukturangebot sind zur Zeit unwahrscheinlich. Ein minimales stationäres Kapazitätspotential wird sich aus einem weiteren Rückgang der Verweildauer in den Pflegeheimen und einem Ausschließen nichtpflegebedürftiger Bewohnergruppen ergeben.

Die nachfolgenden Synthesen und Schlussfolgerungen zeigen daher besonders vor dem Hintergrund des erfolgreichen Sonderinvestitionsprogramms in Thüringen und einer erreichten hohen Pflegeversorgung (trotz zahlreicher regionaler Pflegedisparitäten) die zukünftig vorherrschenden Problemstellungen und Herausforderungen auf.

7.2 Synthesen und Schlussfolgerungen

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Systematisierung, Deskription, Analyse und Visualisierung der Pflegebedürftigkeit und ihrer Infrastrukturen im Kontext der soziodemographischen und raumstrukturellen Situation und Entwicklung. Den Schwerpunkt bildet dabei ein regionalwissenschaftlicher Anspruch mit besonderer Berücksichtigung räumlicher Disparitäten. Es mussten sowohl neue inhaltliche Aspekte als auch methodische Instrumente in die bestehenden Forschungsgebiete und Analysekonzepte der Fachplanung Pflege und Altenhilfe, der querschnittsorientierten normativen Raumforschung und der empirischen Regionalforschung wechselseitig integriert werden.

Bisher existierten nur wenige und kaum empirisch gesicherte Annahmen zur räumlichen Interdependenz und Strukturierung von Alter und Pflegebedürftigkeit. Dem Autor war daher ein objektivierender bzw. freier Analysestandpunkt als notwendige methodische Voraussetzung besonders wichtig. Die ganze Bandbreite der Pflegebedürftigkeit im demographischen und räumlichen Kontext war im Sinne der empirischen Regionalforschung und nicht als normative Raumforschung zu betrachten (s. Abschnitt 3.1). Für die empirischen Grundlagen war zudem wichtig, dass neben den eigenen Primärdatenerhebungen zur Pflege ebenso umfangreiche sekundäre Informations- und Datengrundlagen implementiert werden konnten, die in der gemeinsamen Auswertung wichtige Erkenntnisse lieferten. Charakteristisch für solche Sekundärdaten – nicht nur der amtlichen Statistik – ist, dass sie zwar theoretisch verfügbar aber praktisch oft inkompatibel (inkohärent) sind und einer fachplanerischen Nutzung selten oder nur in Teilen zugeführt werden können.

Im Ganzen verfolgt das explorative Analysekonzept der vorliegenden Arbeit mit solchen Datenkombinationen das Ziel, für das gesamte Bundesland Thüringen ein neues, landeskundlich-regionalwissenschaftliches Bild der Pflege(-landschaft) mit hoher Detailschärfe darzustellen und unabhängig von vorab definierten Disparitäten oder normativen Zielsetzungen zu untersuchen.

Das Konzept

Das Methodenspektrum der explorativen Datenanalyse und Statistik bietet für diesen Zugang den bezeichnenden und konzeptionellen Vorteil, dass ein „Entdecken“ statistischer Regelmäßigkeiten, häufig versteckter Strukturen und Muster oder von Zusammenhängen und Anomalien – eben das Studium der Daten, den Schwerpunkt bildet. Aus Sicht des Autors ermöglicht erst ein solches unvoreingenommenes Analysekonzept den notwendigen empirisch umfassenden und normativ freien Zugang zur Annäherung an die Pflegelandschaft, da es nicht mehr aufbauend auf einem vorher formulierten Wahrscheinlichkeitsmodell den Beweis einer statistischen Hypothese primär zugrunde-

legt (s. Abschnitt 3.2). Zudem gewinnt angesichts einer immensen Daten- und Informationsdichte der modernen Informationsgesellschaft, in der alles mit allem zusammenzuhängen scheint, das „Datamining“ – die Suche nach problembeschreibenden oder problemlösenden Zusammenhängen und Strukturen – eine zentrale Bedeutung. Besonders mit den Möglichkeiten der elektronischen Datenverarbeitung und der computergestützten Visualisierung ist die explorative Datenanalyse ein adäquates regionalwissenschaftliches Werkzeug zum „Datamining“ in schier unendlichen Informationspools. So hat vor allem der zweite/topologische Aspekt der explorativen Analysen außerordentlich aussagekräftige Erkenntnisse geliefert. Die übersichtliche Visualisierung komplexer Zusammenhänge, Parameter und Indikatoren wäre anders wohl kaum aus dem „Datenschatz“ dieser Arbeit zu gewinnen gewesen. Oft kann eine Situation bereits anhand einer inhaltlich einfachen aber räumlich ausdifferenzierten Visualisierung erschlossen werden, um tendenzielle Aussagen über zukünftige Versorgungsprobleme abzuleiten (so prägten thematische Karten des Autors zur Problemsensibilisierung die Anfänge der Thüringer Landespflegeplanung: u.a. BM_(Pflege) in Karte 4-7).

An diesem Schnittpunkt von umfassendem Datenmaterial, Computerbearbeitung und planungsgerechter Visualisierung in Verbindung mit modernen explorativen statistischen Methoden ist der Kern dieser Arbeit angesiedelt – die multidimensionale Betrachtung von Interdependenzen der Bestimmungsfaktoren von Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf (Bedürfnis \Leftrightarrow Bedarf in Abb. 3-2 S. 71). Das hier vorgestellte und modifizierte explorative (Daten-)Analysekonzept ist daher als statistisches Methodenspektrum zur Informationsverdichtung und -visualisierung nicht nur für die Regionalanalyse geeignet, sondern auch für die Regionalforschung ein konzeptionell-methodischer Weg einer Emanzipation von umfangreichen Parametersetzungen, antizipatorischen Abgrenzungen oder normativen Definitionen. So werden raumordnerische Strukturen wie die Zentralität, determinierte Leitbilder wie die Gleichwertigkeit oder daraus unmittelbar ableitbare (Versorgungs-) Disparitäten nicht fest implementiert. Wohlwissend der Veränderungsprozesse dienen sie als Messskala und nicht als Bewertungsmaßstab. Abgrenzungen und Definitionen normativer Größen können aber durchaus aus den gewonnenen Erkenntnissen in späteren Arbeiten abgeleitet werden (zum Unterschied normativer Raumforschung und empirischer Regionalforschung vgl. Abschnitt 3.1).

Die Methode

Methodisch wird der Begriff „Pflegelandschaft“ mit einer Differenzierung in strukturelle (typologische) und räumliche (topologische) Deskriptionen und deren Analysen erschlossen. Diese Differenzierung erfolgt vor dem Hintergrund von zunächst oft schwachen Korrelationen von Einfluss und Pflege als ein Element der Typologie, zumal diese noch von räumlichen Parametern determiniert werden. Mit dem Nachweis der charakteristischen Abhängigkeiten von raumstrukturellen Bezügen gewinnt eine topologische Beschreibung des Untersuchungsgegenstandes in seiner raumstrukturellen Differenzierung eine hohe analytische Eigenständigkeit. Erst dann werden z.B. faktoranalytische Zusammenhänge zwischen Einfluss und Pflege nachweis- und interpretierbar. So ermöglicht die Vergleichsanalyse wohl ausgewählter Indikatoren zu Faktoren auch nur dann hinreichend genaue und generalisierende Aussagen (z.B. zunehmender Pflegebedarf) wenn bestimmte und unstrittige Randparameter berücksichtigt werden oder spezifische Eingangsdefinitionen vorliegen (so z.B. zu den Raumkategorien (Verdichtungsfaktor) oder zur Zentralität (Zentralitätsfaktor)). Die Interpretierbarkeit und Aussageschärfe dieser Teilergebnisse hängt demzufolge von diesen (Eingangs-)Definitionen ab (Abgrenzungen). Liegen diese Randparameter nicht vor, oder ist die Fragestellung ausdrücklich unbestimmt und weitestgehend ergebnisoffen wie beim hier gewählten Begriff der „Pflegelandschaft“, sind Teilergebnisse z.B. in ihrer Interpretierbarkeit und Aussageschärfe der extrahierten Faktoren mitunter unzureichend.

Das explorative Konzept der vorliegenden Arbeit konzentriert sich daher nicht auf eine erschöpfende Ergebnisinterpretation, z.B. von Faktoren mit spezifisch determinierten Randparametern, sondern auf die Exploration und Darstellung der vielschichtigen Aspekte, Strukturen und Muster der Pflege und ihrer Einflüsse. Grundsätzlich konnte nachgewiesen werden, dass die konsequente Anwendung des explorativen Analysekonzeptes, z.B. bei einer faktoranalytischen Dimensionsreduktion oder clusteranalytischen Datenaggregation, auch immer einen Rückschluss auf Einzelindikatoren ermöglicht. Im Vordergrund stehen daher wohl ausgewählte Indikatoren zur umfassenden typologischen und topologischen Analyse und Abbildung der Pflegelandschaft und weniger, vermeintlich eindrucksvolle, vereinfachende Faktoren oder markige Clusterbeschreibungen.

Die Datenerhebung

Mit dem Leitgedanken, dass durch die demographische Entwicklung zunehmend Angebot und Nachfrage z.B. nach professioneller Pflegeinfrastruktur räumlich divergieren werden, wurde bei der Primärdatenerhebung ein Schwerpunkt auf räumliche Bezugsdaten gesetzt.³²¹ Die hier eingebrachte Erhebungs- und Datenstruktur ist nach Kenntnis des Autors konzeptionell und empirisch in dieser Form bisher einmalig, da zu allen Datensätzen räumliche Referenzdaten erhoben wurden, die generell einen Vergleich und eine Aggregation nach beliebigen Raumbezügen ermöglichen (belegt durch das Datenmaterial 1997 – 1999, s. Fragebogenkonzept Anhang Abschnitt 8.2). Diese Aggregation sowohl nach administrativen als auch nichtadministrativen (z.B. problemorientierten) Raumbezügen eröffnet eine ergebnisübergreifende Sichtweise, die stets einen Zusammenschluss mit Ergebnissen anderer Forschungsarbeiten ermöglicht (z.B. der Gebietstypisierung in Abschnitt 4.1.2). Exemplarisch ist an dieser Stelle die akribische Erhebung der regionalen Herkunft aller Pflegebedürftigen zu nennen (mit z.B. Transformation von alten in neue Postleitzahlen oder einer ortsteilgenauen Gemeindedifferenzierung). Diese hohe regionale Differenzierung ermöglicht nicht nur die normativ raumplanerische Qualifizierung der Einzugsbereiche von Pflegeeinrichtungen, sondern erstmalig die Quantifizierung der pflegebedingten Wanderungsbewegungen und Verflechtungsbeziehungen für die explorative Regionalforschung. Dadurch erschließt die regionale Herkunft zum ersten Mal die strukturellen Prädispositionen der Pflegebedürftigkeit nicht (nur) nach Ihrem Versorgungsort (Realisierung eines Bedarfs über zentralisierte Infrastrukturen wie Krankenhäuser oder Pflegeheime), sondern nach ihrem Heimatort und damit im räumlich-biographischen Kontext der Menschen (zusammenfassend im Abschnitt 7.1.2).

Damit beschreibt das hier entwickelte Indikatorenmodell die regionale Pflegebedürftigkeit und -infrastruktur in ihrer Gesamtheit und leistet den entscheidenden Erklärungsbeitrag für das Auftreten unterschiedlicher Pflegeprävalenzen, deren Ursachen und resultierende regionsspezifische Disparitäten (z.B. bei der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen). Diese Ergebnisse sind für andere Untersuchungen bedeutend. So liefert die amtliche Pflegestatistik keine regionalen Bezüge. Eine regionale Differenzierung der Pflegebedürftigkeit ist aber u.a. für die Kreise unverzichtbar, wenn sie ihre Versorgungssituation nachhaltig verbessern und sichern wollen. So ermöglichen die Ergebnisse nicht nur wertvolle Ergänzungen zu anderen Forschungsarbeiten zum Thema Senioren und Pflegebedürftigkeit (z.B. bezüglich ihrer Regionalisierungsdefizite), sondern den Planungsinstitutionen wird eine Art „Soziallupe“ der Pflegelandschaft für ihre Infrastrukturplanung in die Hand gegeben (z.B. Sozialberichte des Kreises Schmalkalden-Meinungen: ZOBEL 1998B, ZOBEL 2001).

Das Erreichte

Der Pflege- und Sozialplanung ist damit ein Weg aufgezeigt, ihre Bemühungen um die Sicherung der Pflegelandschaft auf eine solide Basis zu stellen, so sie denn über aussagefähiges Datenmaterial verfügt, oder bereit ist, solches zu erheben. Dies ist besonders wichtig für die zu erwartende allgemeine Zunahme Pflegebedürftiger, aber mehr noch für eine zunehmende regionale Pflegedisparität aufgrund unterschiedlicher Infrastrukturangebote und Schrumpfungsprozesse. Pflegedisparitäten sind hier keinesfalls nur auf die Infrastrukturversorgung beschränkt, sondern als erweiterter Begriff der Lebensqualität im höheren Alter oder bei Pflegebedürftigkeit zu verstehen.

Darüber hinaus belegen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit viele Vermutungen oder Annahmen der Pflegeplanung, wie z.B. zu den soziodemographischen Interdependenzen des Pflege- und Hilfpotentials der Bevölkerung, und stellen diese auf eine empirisch belegte wissenschaftliche Basis. Neu ist, dass erstmalig die charakteristischen typologischen und topologischen Ergebnisse zur Pflegelandschaft anhand der dafür erhobenen zeitaktuellen Daten der Jahre 1994 bis 2000 dargestellt, verglichen und bewertet werden konnten (s. Tabellenanlagen in Anlage II und Anlage III). So wird mit den umfangreichen Anlagen auch ein gewünschtes Datenhandbuch zur Pflege in Thüringen beigelegt.³²² Die in der vorliegenden Arbeit und dem Daten- und Tabellenanhang vollstän-

³²¹ Erhebung der stationären und teilstationären Pflege mit Schwerpunkt in der statistischen Einzelfallbetrachtung, bei der selbstverständlich alle Personendaten anonymisiert wurden.

³²² Der Autor ist sich bewusst, dass die absoluten Zahlenwerte und Statistiken der vorliegenden Arbeit bei der gegenwärtig starken Dynamik der Bevölkerung gerade in den neuen Bundesländern ein relativ kurzes Verfallsdatum haben. Die grundsätzlichen Strukturen der Pflegebedürftigkeit erscheinen jedoch zur Zeit nur wenig variabel. Zudem ist die hier vorgestellte Methode so vielseitig, dass mit dem Einarbeiten neuer Daten die Analysen kurzfristig und schnell aktualisiert werden können.

dig umgesetzten Möglichkeiten digitaler Medien (kontextbezogene Verlinkung und Volltextsuche) sind zudem den herkömmlich textbasierten Indexlösungen weit überlegen.

Die vorgestellte Methodik und die Ergebnisse dieser Arbeit können eine Hilfestellung für die Herausforderungen bei der zukünftigen Gestaltung der Pflegelandschaft sein. Konkrete Bedeutung hat die Arbeit auch für die Landespflegeplanung des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit. Das Sonderinvestitionsprogramm nach Artikel 52 PflegeVG wurde mit der Veröffentlichung des letzten 4. Thüringer Landespflegeplans Anfang 2001 abgeschlossen. Die seit Ende 2001 veränderte Rechtslage bei der Finanzierung und Förderung von Pflegeeinrichtungen hat den Planungs- und Handlungsbedarf aber bezüglich des noch gültigen 4. Landespflegeplans grundlegend verstärkt, da sich der infrastrukturelle Problemdruck ohne gezielte Förderinstrumente in Teilregionen verschärfen wird (zum BSG-Urteil s. Fazit und Ausblick in Abschnitt 7.3).

Die Schlussfolgerungen

Die Aussagen im Abschnitt 7.1 „Zusammenfassung – Konstellation und Charakteristik der Pflegelandschaft Thüringens“ komprimieren die typologischen (*strukturellen*) und topologischen (*räumlichen*) Ergebnisse und Erkenntnisse der Kapitel 4 (pflegespezifizierte Einflussituation), 5 (Pflegelandschaft) und 6 (Gesamtsicht Indikatorenmodell) synoptisch, ohne jedoch normative Zielstellungen zu formulieren oder antizipatorisch zu bewerten. Mit dem vorliegenden Beitrag zur Regionalforschung sollen vor allem Kenntnislücken eines neuen raumdeterminierten Pflegeverständnisses geschlossen werden, so dass die Breite des behandelten Fragenspektrums „nur“ eine fragmentarische oder schematisierte Zusammenfassung erlaubt. Indem erstmalig pflegespezifizierte landeskundliche Strukturen explorativ analysiert und visualisiert wurden, stellt damit diese typologische und topologische Aufarbeitung der Pflegestrukturen einen Fokus dar, der deutlich macht, dass:

- die Integration des explorativen Methodenspektrums der Datenanalyse in die Regionalforschung geeignet ist, um multikausale Zusammenhänge aufzuzeigen, zu quantifizieren und verständlich zu visualisieren. Im Sinne des explorativen Analysekonzeptes nach TUKEY steht vor allem das Ergründen von Fragestellungen im Vordergrund, aus denen sich erst weiterführende und spezifizierte Forschungsthemen, Ergebnisse und Antworten bearbeiten lassen.
- die klassischen demographischen Angaben keineswegs für die Beschreibung und Erklärung der Vielfalt regionaler Pflegesituationen ausreichen. Eine Sensibilisierung für räumliche Prozesse und Strukturen und ein Problembewusstsein für die pflegespezifischen Konsequenzen kann nur im Gesamtkontext anhand harter empirischer Fakten erfolgen.
- die empirisch gesicherten Daten und deren nachprüfbar Analysen für Thüringen eine zur Zeit rein quantitativ durchaus ausreichende Pflegeinfrastruktur nachweisen, aber die zu erwartenden Veränderungen in der Einflussituation die Struktur der Pflegeleistungen direkt beeinflussen werden und damit zu gravierenden Problemen, z.B. der Versorgungssicherung, führen können.
- die private/häusliche Pflege am empfindlichsten auf demographische Veränderungen reagieren wird, da hier die Abhängigkeit vom Pflegepotential in der Bevölkerung am größten ist.
- die ambulante professionelle Pflege stark von räumlichen Erreichbarkeitskriterien abhängt, die bei zunehmend disperser Siedlungs- und Bevölkerungsdichte sowie einer Ausdünnung zentralörtlicher Funktionen neue Entfernungsbarrieren im Angebotsnetz bewirken werden.

Alle Einflussparameter weisen für Thüringen einen wachsenden Bedarf an professionellen Pflegeleistungen nach. Eine Professionalisierung der Pflege ist bereits heute aus der Entwicklung der Pflegeleistungen abzulesen und wird zukünftig durch die insgesamt steigende Bedarfslage pflegebedürftiger Menschen determiniert sein. Diese Professionalisierung kann nur anteilig durch finanzielle Restriktionen – z.B. höherer Eigenanteil an den Pflegekosten oder reduzierte Pflegeangebote – beeinflusst werden. Es gibt insbesondere außerhalb der verdichteten Gebiete bisher kaum Alternativen zur professionellen stationären Pflege. Insofern gewinnt die raumordnerische und raumplanerische Diskussion der Infrastrukturversorgung in der Pflege eine besondere Bedeutung. Kennzeichnend für die Situation und Entwicklung der Pflege ist abschließend folgendes:

Die Pflegeversicherung erweist sich zur Zeit noch als sehr leistungsfähig. In Thüringen und den anderen neuen Bundesländern sicherte die Einführung der Pflegeversicherung zudem eine qualitativ hochwertige und für den Status quo quantitativ angemessene Infra-

strukturversorgung. So ist für die Situation der pflegerischen Versorgung und Angebotssicherung uneingeschränkt festzustellen, dass unter den Rahmenbedingungen der 1990er Jahre und in Verbindung mit dem Investitionsprogramm in den neuen Bundesländern eine ausreichend gute Basis der professionellen Pflege in Thüringen errichtet werden konnte (abgesicherte pflegerische Grundversorgung im Sinne der Teilkaskoversicherung).

Ungeachtet anderer Mängel und Schwächen funktioniert die Pflegeversicherung aber nur aufgrund hoher informeller Unterstützungsleistungen, hauptsächlich der Angehörigen. Die bisherige Professionalisierung der Pflege führte mangels Alternativen vor allem zu einem steigenden stationären Pflegebedarf, d.h. die Kompensationsmöglichkeiten der ambulanten professionellen Pflegeleistungen sind noch unzureichend. Flankiert werden solche pflegespezifischen Herausforderungen von tiefgreifenden Veränderungen im Gesundheitssystem. Vor allem eine Pensionierungswelle von Hausärzten in den neuen Bundesländern wird unabsehbare Folgen der Gesundheitsversorgung haben, z.B. der medizinischen Begleitung und Hilfestellung in der privaten/häuslichen Pflege.

Da sich die Zielgruppe der Pflegeversicherung und ihre Probleme/Bedürfnisse zunehmend räumlich dispers verteilen, können soziale Pflegeinfrastrukturen weit weniger als bisher räumlich konzentriert werden (Tragfähigkeitsgrenzen der Effektivität und Erreichbarkeits- sowie Mobilitätsprobleme der Nutzer). Zudem werden auch Wahlfreiheit, Anspruch und individuelle Lebensweisen der Pflegeversicherten zu Nutzungskonflikten zentralisierter und konzentrierter Infrastrukturangebote führen.

Die Leistungsfähigkeit der aktuellen Pflegeversorgung ist daher begrenzt und in Teilregionen bereits heute unzureichend. Infolgedessen konkretisiert die Grundlagenforschung der vorliegenden Arbeit weniger politische Richtwerte oder anzustrebende Versorgungsquoten, sondern definiert Abgrenzungskriterien und Problemregionen. Neben der vorhandenen (zentralörtlichen) Infrastrukturausstattung sind hauptsächlich neue Formen mobiler Pflegeinfrastrukturen notwendig. Diese „virtuellen Pflegeheime“ müssen mehr als ambulante Pflegedienste leisten, da zukünftig auch die vom Pflegebegriff bisher nicht erfassten psychosozialen und kommunikativen Aspekte des Pflegebedarfs und Alltags der Senioren zu berücksichtigen sind. Erst mit der Berücksichtigung dieser bisher kaum abschätzbaren zwischenmenschlichen Konsequenzen einer schrumpfenden Bevölkerung/Region ermöglicht die Vision „virtueller Pflegeheime“ die zentrale Forderung nach einem möglichst langen und selbständigen Verbleib der Pflegebedürftigen im eigenen Haushalt.

Zwar ist insgesamt die Entwicklung schon bisher disparitär verlaufen, konnte aber durch die beachtlichen finanziellen Möglichkeiten der Pflegeversicherung und einer durchaus positiven gesellschaftlichen Grundeinstellung noch kompensiert werden. Aus den zukünftig mit stark steigender Tendenz zu erwartenden Problemen generiert sich ein neuer Forschungsbedarf. Für diesen Forschungsbedarf konnte gezeigt werden, dass eine Datengenauigkeit nur bedingt noch erforderlich ist. Wichtiger erscheint zur Zeit, dass die richtigen Tendenzen und Größenordnungen erfasst werden, nachdem – wie mit dieser Arbeit geschehen – einheitliche Definitionen, konzeptionelle Strukturen und methodische Analysewege abgegrenzt und belegt wurden. So kann ein Monitoring der Pflegesituation ohne größeren Aufwand fortgeschrieben werden.

7.3 Fazit und Ausblick für die Fach- und Raumplanung

Zu Beginn des neuen Jahrhunderts ist ein Zusammenbruch der sozialstaatlichen Ordnung und sozialen Sicherungssysteme noch genauso unvorstellbar wie ein „weiter so“ unwahrscheinlich ist. Dabei stehen sich Notwendigkeit und Rechtfertigung des Sozialstaats angesichts „anhaltender ökonomischer Dynamik“ und verfehlter gesamtgesellschaftlicher Entwicklungstendenz vor allem der Geburtenentwicklung gegenüber. Der Blick auf die Pflegeversicherung zeigt, dass nach wie vor die Familie und in erster Linie die Frauen den Großteil an sozialen Verpflichtungen und Dienstleistungen übernimmt und selbstverständlich auch schon vor der Pflegeversicherung übernommen hat. Insofern ordnen sich Nächstenliebe und Solidarität keinesfalls unter, selbst wenn die Rahmenbedingungen schlecht sind und die gesellschaftliche Anerkennung gering ist.

Dennoch hat die Pflegeversicherung in ihrer gegenwärtigen Ausprägung und gesellschaftlichen Akzeptanz einen Scheitelpunkt aus sozialstaatlicher Daseinsvorsorge, solidarischer Absicherung

und subsidiärer Befreiung des Einzelnen von privaten/familiären Verpflichtungen erreicht. Eine weitere Verschiebung zu mehr Versicherung verstärkt zwar die individuellen Freiheiten und Selbstverwirklichungsmöglichkeiten, lässt aber zugleich die Verantwortung des Einzelnen in der Gesellschaft weiter absinken. So ist heute der Generationenvertrag weit mehr als eine finanzielle Transferleistung, sondern die gesamtgesellschaftliche Basis, in der die Familie keinesfalls zur Zwischenetappe im Leben oder zum bloßen Lebensabschnitt verkümmern darf. Familiäre Verpflichtungen aber auch Hilfe und Unterstützung sind essentieller Bestandteil des Generationenvertrages. Daraus wird deutlich, dass ein Konsens zur sozialen Nachhaltigkeit notwendig wird, der nicht nur aus einer langfristig um den demographischen Ausgleich und die Sicherung des Bevölkerungsbestandes bemühten gesellschaftlichen Grundposition besteht, sondern auch eine Einstellung zum Wandel und ein Übergangskonzept formuliert. Angesichts der Problemlage und Tragweite der Konsequenzen ist dieser Konsens aber nicht wissenschaftlich/planerisch abzuleiten, sondern gesellschaftlich/politisch herzustellen.

Charakteristisch für die Pflegeversicherung ist, dass ihre Kosten mitursächlich für die aktuellen demographischen und sozialstaatlichen Debatten sind, aber zugleich ihre Wirkungen ein zentrales Element zur Milderung der sich aus der demographischen Alterung ergebenden gesellschaftlichen Herausforderung darstellen. Gerade diese Dualität aus Kosten und Wirkungen zeichnet die Pflegeversicherung als gesamtgesellschaftliche Herausforderung aus.

Pflegebedürftigenzuwachs

Die Leistungsfähigkeit der Pflegeversicherung stößt aber zunehmend an strukturelle Grenzen. Mindestens analog zur demographischen Bevölkerungsalterung wird auch die Zahl pflegebedürftiger Menschen und die Schwere der Pflegebedürftigkeit stark ansteigen. Mit Sicherheit werden sich die Pflegezahlen allein in Thüringen verdoppeln (vgl. Abschnitt 6.3).

Vordergründig wird diese Entwicklung oft auf die Kostenseite reduziert. Auch wenn öffentlich anders wahrgenommen, war die Pflegeversicherung von Anbeginn keine Komplettersorgung, sondern stellt gemäß einer Teilkaskoversicherung „nur“ Hilfen und Leistungen bereit, die das Risiko der Pflegebedürftigkeit mildern sollen. Darüber hinausgehende Leistungen oder steigende Pflegekosten sind aus dem eigenen Einkommen (z.B. der Rente) und von Familienangehörigen abzudecken (vgl. Abschnitt 2.2.3). Diese konkrete Ausgestaltung macht deutlich, dass die finanzielle Situation weniger strittig als die strukturellen Probleme der Pflege ist, da neben dem ohnehin notwendigen Eigenanteil ein wachsender steuerfinanzierter Sozialhilfeanteil notwendig sein wird. Die grundsätzliche Forderung nach frei verfügbaren Pflegebudgets, mit denen die Pflegebedürftigen ihren Leistungsbedarf selbständig organisieren (auch in der stationären Pflege) ist wahrscheinlich relativ kostenneutral. Schwerwiegend ist die Tatsache, dass es bereits jetzt, trotz gegenwärtig noch guter finanzieller Möglichkeiten der Pflegeversicherung, zu gravierenden Pflegemängeln gekommen ist (zum „Pflegenotstand“ s. Abschnitt 2.4.3).

Pflegepotential versus Professionalisierung der Pflege

Im Hinblick auf die dargelegten Konsequenzen der demographischen Entwicklung und die Schrumpfungproblematik sind Pflegequalität und Pflegekosten vor allem Probleme, die umgehend und grundlegend zu lösen sind. Mittel- und langfristig werden die strukturellen Probleme der Pflegeversorgung die Aufgaben und Herausforderungen nachweislich brisanter definieren.

Hauptsächlich die zu erwartenden Veränderungen in der Quantität des Pflegepotentials und der Qualität der Pflegebereitschaft gefährden die Grundausrichtung der Pflegeversicherung auf eine Bevölkerungsgruppe, die nicht nur qualitativ-gesellschaftlich (Pflegebereitschaft) und finanziell (z.B. Arbeitsmarktsituation) zur häuslichen Pflege bereit steht, sondern auch rein quantitativ vorhanden sein muss (Pflegepotential). So wichtig die Beitragszahlungen für die Kostenseite solidarischer Sicherungssysteme sind, so entscheidend ist die „Familie“ – das familiäre Pflegepotential – für die Leistungsseite als zentrale Stütze für das Funktionieren der Pflegeversicherung. Dieses Pflegepotential in der Definition als Familie, Freundschafts- oder Nachbarschaftsbeziehungen aus Abschnitt 4.2.3, die z.B. Hilfe-, Unterstützung oder Pflegeleistungen potentiell erbringen können, ist dabei durchaus auch auf professionelle Pflegekräfte zu erweitern. Bereits heute ist die Nachfrage nach Pflege(fach)kräften am Arbeitsmarkt größer als das Angebot, so dass bereits eine „GreenCard Pflege“ für ausländische Pflegekräfte als Übergangsregelung installiert wurde. So ist nicht nur die maßgebliche Altersgruppe des Pflegepotentials generell rückläufig, sondern auch neuen Restriktio-

nen unterworfen, die sich aus den gesamtgesellschaftlichen Anforderungen des demographischen Wandels ergeben (Arbeitsmarktnachfrage, längere Lebensarbeitszeit usw.: s. Abschnitt 2.4.1).

Anzunehmen ist, dass zukünftig das Pflegepotential in Teilregionen kaum noch eine nennenswerte Basis für informelle Pflegeleistungen bilden kann. Diese Entwicklung gefährdet die Grundvoraussetzungen der Pflegeversicherung, denn nicht nur für die Kostenseite der Pflegeversicherung ist die Art der Pflege entscheidend, sondern nur ein (möglichst) hoher Anteil von Pflegegeldleistungsempfängern, die die Pflege privat in der Familie oder durch Freunde organisieren, kann das zu erwartende Defizit professioneller Pflegeinfrastrukturen kompensieren.

In der gegenwärtigen Struktur kann die professionelle ambulante und teilstationäre Pflegeinfrastruktur familiäres/informelles Pflegepotential in der privaten/häuslichen Pflege nur unterstützen, nicht ersetzen. Die Pflegeleistungen können mit dem vorhandenen Infrastrukturen eben nicht generell professionalisiert und damit monetarisiert werden. Ein solcher Weg wäre nicht nur extrem kostenintensiv sondern widerspräche der subsidiären Gesellschaftsvorstellung. Geht man daher von einem zu erwartenden Rückgang nur einer der Einflusskomponenten dieser nicht professionellen Pflege aus (s. empirische Zusammenfassung Abschnitt 7.1.3), sind gravierende Probleme in der gesamten Pflegeversorgung die Folge, die zwangsläufig zu einer Professionalisierung der Pflege, speziell zu mehr stationärer Pflegeversorgung führen werden.

Optimierungspotentiale und Alternativen

Optimierungspotentiale im Bereich der professionellen Angebote sozialer Dienste und Infrastrukturen (der Pflege und Altenhilfe) sind durchaus vorhanden. Die Bundesmodellprogramme „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ und „Selbstbestimmt Wohnen im Alter“ haben hierzu umfangreiche Vorschläge und Maßnahmen entwickelt. So ermöglicht z.B. die bessere Abstimmung unter den Leistungserbringern und die Vernetzung von Organisationsstrukturen eine effektivere Hilfe (verstärkte Kundenorientierung, Beratung und Koordinierungsstellen sowie betriebswirtschaftliche Effektivitätssteigerung: BMFSFJ 2000A). Hauptanliegen der Optimierungsbemühungen ist eine einzelfallbezogene Koordinierung im Sinne eines Case-Managements. Aber auch betreute Wohngruppen (auch Service-Wohnen)³²³, neue Wohnmodelle für das Alter (BMFSFJ 2000B) oder eine umfassende Wohnanpassung und Wohnberatung für ältere Menschen (BMFSFJ 2000C) sind Impulse nachhaltiger Kompensationsversuche einer zunehmenden Professionalisierung der Pflege.

Zusammenfassend und als ein zentrales Element der genannten Überlegungen ist auch langfristig die vollständige Abschaffung der vollstationären heimgelundenen Versorgung von Pflegebedürftigen zugunsten eines rein ambulanten kommunalen Hilfesystems denkbar. Alternative Wohnformen im Alter und vollkommen ambulante Versorgungsstrukturen würden auch das Problem lösen, dass die Mehrzahl der Heimbewohner faktisch unfreiwillig im Heim lebt, und die Entscheidung zur Heimunterbringung meist aus einer akuten Notsituation bzw. fehlender Pflegealternativen getroffen wurde (s. empirische Ergebnisse aus Abschnitt 5.2.2). Mehrheitlich wünschen sich Pflegebedürftige ein weitgehend selbstbestimmtes Leben im gewohnten Umfeld, so dass die Vision rein ambulanten Versorgungsstrukturen einen Idealzustand beschreibt.

Tatsächlich haben aber vor allem Menschen mit instabilen privaten Netzwerken (z.B. Alleinstehende: s. empirische Ergebnisse in Abschnitt 5.2.3.5) oft keine Alternative zur Heimversorgung (bzw. einem Umzug zur Sicherstellung der (Pflege-)Versorgung), da nicht nur finanzielle oder organisatorische, sondern auch infrastrukturelle Grenzen die wohnortnahe Angebotssicherung erschweren (Erreichbarkeitsproblematik, Zeitaufwand oder Pflegekosten, um nur einige Stichpunkte zu nennen).

Für viele Alternativen zur Heimunterbringung ist daher überwiegend ein anderer Umgang mit der Pflegebedürftigkeit charakteristisch, wobei die (infra-)strukturellen Probleme, z.B. die der Effektivitätsbedingten Kapazitätskonzentrationen, bestehen bleiben. Analog der Architekturdiskussion zur

³²³ In den 1990iger Jahren wurde als zukunftsweisendes Konzept das sogenannte Servicewohnen stark propagiert und in vielen Varianten umgesetzt. Diese ideale Verknüpfung von eigener Wohnung mit vollem Zugriff auf Service- und im Bedarfsfall Pflegeleistungen erschien für das Alter optimal. Dort wo es funktioniert, hat es zu einer hohen Lebensqualität für die Senioren geführt. Die Kostenfälle, in die viele, wenn nicht sogar die meisten Betreiber kamen, war die kaum zu kalkulierende Vorhaltung von Serviceleistungen, aber auch eine Diskrepanz von baulichen Qualitätsansprüchen (Hotelcharakter) und finanziellen Möglichkeiten älterer Menschen. In der Konsequenz stehen viele der realisierten Projekte leer, Betreibergesellschaften sind Konkurs gegangen, oder die Häuser füllen sich zu langsam. Umzugshindernisse und Finanzierungsfragen haben solche Vorhaben in der öffentlichen Meinung als zu teuer disqualifiziert. Der generellen Idee des Service-Wohnens hat die Entwicklung aber keinen Schaden zugefügt.

Errichtung moderner Pflegeheime in den 1990er Jahren werden auch die zahlreichen „Alternativen“ zu bedeutenden Impulsen zum möglichst selbständigen und selbst bestimmten Leben im Alter und bei Pflegebedürftigkeit beitragen. Für die Angehörigen der meist bettlebrigen hochbetagten und oft dementen Pflegeheimbewohner waren viele architektonische Verbesserungen aber eher ästhetisierender Art. Am besten verfolgen zur Zeit viele Wohnungsbauunternehmen und -genossenschaften mit einer altersgerechten Sanierung und Modernisierung von Wohnraum das Ziel, älteren Menschen ein weitgehend selbständiges und selbst bestimmtes Leben zu ermöglichen (Wohnraumanpassung bei gleichzeitiger Mieterbindung).

Versorgungs- versus Angebotssicherung

Unabhängig alternativer Wohn- und Pflegevisionen haben im räumlichen Maßstab vor allem infrastrukturelle und organisatorische Versorgungsstrukturen und Bedarfsmuster eine zentrale Bedeutung bei zunehmender Professionalisierung der Pflege bzw. abnehmender informeller Pflege. Damit konzentriert sich die Herausforderung auch weiterhin auf die Schaffung einer *bedarfsgerechten* Pflegeinfrastruktur (Infrastrukturplanung). Diese Pflegeinfrastrukturen der Zukunft werden vom Netzwerkgedanken bzw. der Kooperation und Koordinierung verschiedenster Angebotsformen bestimmt sein und insbesondere neue Formen ambulanter Versorgungsinfrastrukturen ausbilden.

Die Schwierigkeit einer infrastrukturellen Angebotssicherung liegt dabei weniger in der Bedarfsdefinition an sich, die sowohl als Richtwert für eine theoretisch gesicherte (Infrastruktur-)Versorgung der Bevölkerung (politische Zielvorgabe) oder einer gegenwärtigen Inanspruchnahme von Pflegeleistungen verstanden werden kann. Solide Verbesserungen der Bedarfsdefinition erfolgten in der vorliegenden Arbeit durch die altersgruppenspezifische Pflegeleistungsdifferenzierung (Abschnitt 5.2.4). Noch wichtiger für eine räumliche Qualifizierung des Bedarfsbegriffs war die Entwicklung und Quantifizierung des Indikators „*tatsächliche regionale Inanspruchnahme*“. Für Thüringen konnten mit diesem neuen Indikator erstmals die tatsächlichen infrastrukturellen Disparitäten über das Wanderungsverhalten pflegebedürftiger Menschen nachgewiesen werden (Abschnitt 5.2.4.2).

Die Schwierigkeiten in der Beschreibung der zukünftigen Bedarfssituation liegen aber vielmehr darin, dass weder eine prognostizierte nachfrageorientierte (regionale) Inanspruchnahme noch eine politische Richtwertvorgabe die zukünftige Pflegebedarfsentwicklung auch nur näherungsweise auf eine handlungsorientierte Infrastrukturbasis abbilden kann. Bereits eine Status-quo-Fortschreibung einfacher Richtwerte verdeutlicht eine eindrucksvolle Bedarfsentwicklung, die mit der vorhandenen Planungspraxis und Infrastrukturausstattung nicht konform gehen wird (bestenfalls wird „nur“ eine Verdoppelung professioneller Infrastrukturskapazitäten notwendig; vgl. Abschnitt 6.3.1). Mit den Erkenntnissen aus dem neu entwickelten Bedarfsindikator „*tatsächliche regionale Inanspruchnahme*“ und den komplexen regionalen Einfluss- und Versorgungsinterdependenzen sind zudem massive regionale Versorgungsdisparitäten zu erwarten.

Im regionalwissenschaftlichen Fokus stehen daher nicht die Pflegekostenentwicklung und Leistungserweiterung für mehr persönliche Pflege (im Sinne einer besseren komplementären Angebotssicherung). Vielmehr kristallisieren sich grundsätzliche strukturelle Versorgungsprobleme heraus, die neue Formen der reinen quantitativen Versorgungssicherung erfordern (und nicht einer qualitativen Angebotssicherung). So sind gehäufte Pflegemissstände bereits heute ein regionaler Indikator für bevorstehende Probleme der Pflegeversicherung/-versorgung, auch wenn diese zur Zeit statistisch noch nicht nachweisbar signifikant sind.

Ambivalenz der Pflegeversicherung: Freier Pflegemarkt versus Pflege(infrastruktur)planung

In der grundsätzlichen Orientierung war die Pflegeversicherung bisher nicht nur sehr leistungsfähig, sondern machte auf eine oft vernachlässigte Bevölkerungsgruppe aufmerksam. Infolgedessen liegt der Stellenwert der Pflegeversicherung nicht nur in ihrer klaren Handlungsorientierung bei gleichzeitig einheitlicher Maßnahmenbündelung, sondern in ihrer Orientierung auf eine Angebotssicherung (Versichertenanspruch und Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen; s. Abschnitt 2.3.5) und gleichzeitiger Veröffentlichung des Problemfeldes Pflegebedürftigkeit (schon über die Kosten und einer Entstigmatisierung pflegebedürftiger Menschen; s. Abschnitt 2.2.3.3).

Kennzeichnend für die Pflegeversicherung bzw. die Fachplanung Pflege sind zudem sehr weitreichende Finanzierungsmöglichkeiten, die erheblich präziser und insbesondere auch konkreter als

zuvor in der klassischen Altenhilfe wirken. Das SGB XI und die ThürAGPflegeVG verknüpfen Planung und Förderung der Pflegeinfrastruktur eng miteinander, so dass eine *regionalisierte* und *maßnahmenorientierte* Pflegeplanung möglich wurde (vgl. Abschnitt 2.3.5). Mit den finanziellen Möglichkeiten der Pflegeversicherten (Pflegeleistungen) und der fachplanerischen Schnittstelle von Planung und Förderung (u.a. Investitionsprogramm und Pauschalförderung bedarfsgerechter Pflegeeinrichtungen im Landespflegeplan) konnten dadurch Auswirkungen des demographischen Wandels, der Alterungen und Schrumpfungsfolgen für viele pflegebedürftige Menschen noch gut kompensiert werden. So verfolgte die eindeutige Bestandsorientierung des Sonderinvestitionsprogramms (Abschnitt 2.3.5.3) eine zentrale Forderung nach Bestandsentwicklung bei Schrumpfungsprozessen (vgl. Ausführungen zu WINKEL in Abschnitt 2.4.2). Umfangreiche Erhebungen und genaue Problemanalysen führten in der fachlichen Begleitung der Landespflegeplanung außerdem zu gezielten Einzelmaßnahmen (vgl. ZOBEL 1999, ZOBEL 2000, ZOBEL 2001). Exemplarisch ist der Neubau eines Pflegeheims in der Stadt Suhl aufgrund einer erst zukünftigen/erwarteten Bedarfslage oder zahlreiche Kapazitätsausgliederungen zugunsten mehrerer Einzelstandorte zur ortsnahen Versorgungssicherung zu nennen.

Zusammenfassend ist für die Landespflegeplanung in Thüringen festzustellen, dass von Beginn an die pflegespezifischen Probleme der demographischen Alterung und Schrumpfung im siedlungs- und raumstrukturellen Kontext erkannt und planerisch in eine gezielte infrastrukturelle Förderpolitik umgesetzt wurden. Der Hauptmangel dieser bisher zuverlässigen Landespflegeplanung (gesetzliche Verankerung der Pflegeversicherung und die gesicherte Finanzierung) besteht in der unzureichenden Einordnung in ein gesamtgesellschaftliches Konzept zum demographischen Wandel. Auch fehlte es an einem übergreifenden integrierenden Leitbild einer zukunftsweisenden „Raumentwicklung“ oder Raumanpassung unter Schrumpfungsbedingungen, in das sich die Landespflegeplanung integrieren könnte, so dass Synergieeffekte bislang zufällig blieben.

Mit dem Urteil vom 28. Juni 2001 – B 3 P/00 des Bundessozialgerichts (BSG) zeichnet sich für die Pflegeplanung ein Paradigmenwechsel ab. Das BSG stellt darin fest, dass alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen aus wettbewerbsrechtlichen Gründen in gleicher Weise zu fördern sind. Das PflegeVG fordert zwar ausdrücklich einen freien Pflegemarkt ein, doch nach dem Urteil sollen alle Pflegeeinrichtungen förderpolitisch gleichgestellt sein, um im Sinne SGB XI auch mehr Wettbewerb im Pflegemarkt zu garantieren (unabhängig einer Bedarfslage, also auch Pflegeeinrichtungen außerhalb des Landespflegeplans). Diese förderpolitische Gleichstellung untergräbt den Bedarfsaspekt, da das Land sich keineswegs die Förderung aller Pflegeeinrichtungen leisten kann und will. Insofern hat das Urteil nicht nur eine bedarfsorientierte Zielförderung erschwert, sondern stellt auch die erst mit Einführung des SGB XI aufgebaute Landespflegeplanung in Thüringen infrage.

Für die Landespflegeplanung definiert sich aus dieser veränderten förderpolitischen Rechtslage ein beachtlicher Handlungsbedarf, da sich ein infrastruktureller Problemdruck in Teilregionen trotz oder gerade wegen des freien Pflegemarktes zunehmend verschärfen kann. Das Urteil verzerrt die bisherige Auffassung von einer Pflegefachplanung oder allgemein der Infrastrukturplanung, da es die Verknüpfung von (Fach-)Planung mit aktiven und gezielten Steuer- und Förderinstrumenten nicht im Sinne des PflegeVG (Pflegemarkt) sieht. Planung kann damit nicht mehr mit finanziellen Anreizen oder gezielten Fördermaßnahmen umgesetzt werden. Steuerungsinstrumente außerhalb eines freien Pflegemarktes sind nur in ausgesprochenen Sondersituationen denkbar.

Die Fachplanung Pflege wird aber kaum die Möglichkeiten haben, eine Sondersituation von z.B. grundsätzlichen demographischen und/oder regionalen Problemen zu erfassen, um daraus einen dem freien Markt übergeordneten Bedarf ableiten zu können. So zeigt die vorliegende Arbeit, dass die Versorgungslage in der Gesamtsicht der Pflegesituation unabhängig fester Planungsindikatoren nachvollziehbar dargestellt werden kann. Mit der Berücksichtigung von u.a. komplementären Angeboten, einer immer kürzeren Verweildauer der Pflegebedürftigen in den vollstationären Pflegeeinrichtungen, den pflegebedingten Wanderungsbewegungen oder den baulich/technischen Verbesserungen und Veränderungen der Pflegeinfrastruktur und im soziodemographisch/räumlichen Kontext, wird ein neues Gesamtbild der Pflegelandschaft unabhängig fester Richtwerte oder vorabdefinierter Parameter möglich.

Das BSG-Urteil betrifft daher nicht nur die unmittelbare Fachplanung Pflege sondern erfordert auch von der Raumordnung und -planung ein Umdenken, um notwendige Sondersituationen eines integrierten regionalen Gesamtkonzeptes für die Pflegelandschaft ableiten zu können.

Fachplanung Pflege und Raumplanung

Mit den gegenwärtigen Prämissen der demographischen Entwicklung, wachsenden räumlichen Disparitäten, konkreten Schrumpfungsprozessen bei begrenzten Möglichkeiten der Fachplanungen Altenhilfe und Pflege, ist die bisher unzureichende Einordnung in raumordnerische und raumplanerische Leitbilder – insbesondere zum Schrumpfungsfaktum – außerordentlich problematisch.

Unter Schrumpfungsbedingungen, die keinesfalls nur den ländlichen Raum betreffen, sind angebotsorientierte Versorgungsstrukturen eines freien Pflegemarktes im Sinne umfassender Hilfen und Unterstützungen oder Entlastungen z.B. der Familie kaum zu realisieren. Nicht nur, dass die informellen und familiären Hilfsnetzwerke nur rudimentär existieren (wenn überhaupt existiert eine Nachbarschaftshilfe mit ähnlicher altersstruktureller Pflegeprävalenz), sondern weil ein vielfältig abgestuftes Infrastrukturangebot für eine individuelle Nachfrage vorgehalten werden muss (Angebotsansatz). Im Mittelpunkt der Versorgungsstrategien unter Schrumpfungsbedingungen wird vorwiegend eine infrastrukturelle Mindestversorgungssicherung der pflegebedürftigen Menschen stehen müssen. Mit einem begrenzten Handlungsspielraum von rd. 20 Jahren sind daher vor allem zeitnahe Verbesserungen der Infrastrukturausstattung zu garantieren. Diese neuen Infrastruktur- und Versorgungsverbundsysteme müssen flexibel und temporär die Versorgung absichern.

Die notwendige Infrastrukturabsicherung für eine alternde und schrumpfende Bevölkerung wird aber kaum zur traditionell langfristigen Entwicklung oder Angleichung der Regionen beitragen können. Da im Schrumpfungsprozess zur Zeit kein definierter Endzustand erkennbar wird, ist ein raumplanerischer Disparitätenausgleich zur Schaffung gleichwertiger Lebensverhältnisse dem Bedarfsproblem unterzuordnen. So relativieren sich für ältere und pflegebedürftige Menschen und ihre verbleibende Lebenszeit die Positionen und Ergebnisse des „Stadtumbaus Ost“ oder des Modellprogramms „Anpassungsstrategien für ländlich/periphere Regionen mit starkem Bevölkerungsrückgang in den neuen Ländern“. Schrumpfung hat unzweifelhaft auch Vorteile. Viel zitiert wird die Ausgleichsfunktion dieser Räume im Sinne einer ökologischen Nachhaltigkeit. Für die dort lebenden (älteren) Menschen und ihrem in dieser Arbeit nachgewiesenen Verlust familiärer/informeller Pflege- und Hilfsnetzwerke sind solche langfristigen Vorteile uninteressant.

Für die Bevölkerung wird allein zählen, ob zunächst ambulante und später stationäre Pflegeinfrastrukturen bzw. professionelle Pflegeleistungen abrufbar sind, die Ihnen das grundgesetzlich garantierte Recht auf Würde ermöglichen, selbstbestimmt und unabhängig zu leben, sowie Ihr Recht auf Wahlfreiheit und Sicherstellung der Pflegeversorgung gewähren.

Fachplanerisch sind daher raumordnerische Leitbilder und Instrumente unverzichtbar, um nicht nur förderpolitische Sondersituationen für die Landespflegeplanung begründen zu können, sondern diese auch in ein integriertes Gesamtkonzept mit potentiellen Synergieeffekten einzuordnen. Die Raumordnung und Raumplanung hat die ureigene Aufgabe, Konzepte und Handlungsstrategien für die Phasen des demographischen Übergangs und der Schrumpfung zu entwickeln. Die Fachplanung Pflege kann zukünftig nur innerhalb eines solchen Rahmens förderpolitisch agieren, da die gesetzlich gestärkten Marktmechanismen der Pflege konzeptionell nicht ausreichen werden und programmatisch sogar hinderlich sein können (akzentuiert durch das BSG-Urteil).

Chancen

Die Pflegeplanung kann dann durch Zielförderungen nicht nur aktiv, sondern auch fester Bestandteil der raumordnerischen Übergangsstrategien werden (Dorfgesundheitszentren als stabilisierende Elemente und im Sinne des Versichertenanspruchs, der Wahlfreiheit und des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen). Hierzu ist aber auch auf Seiten der Pflege ein Umdenken erforderlich, damit Sonderregelungen die bisher starren und formalisierten Pflegeanforderungen (u.a. HeimMin-BauVO) zumindest teilweise oder temporär aufheben können. Erst dann ist auch ein stärkeres privates Engagement zu erwarten und Visionen mobiler/virtueller Pflegeheime oder temporärer Pflegehäuser oder Pflegewohngemeinschaften können verwirklicht werden.

Die Raumplanung in ihrer Querschnittsaufgabe und mit ihren raumordnerischen Leitvorstellungen kann dann an Bedeutung hinzugewinnen, wenn sie ihre Konzepte und Strategien in die jeweiligen Ressortverantwortungen der Fachplanungen einbringt. Dabei muss keinesfalls das Gleichwertigkeitsprinzip aufgekündigt werden, wenn Schrumpfungsräume mit allen notwendigen Konsequenzen zu definieren sind (Rückbau, langfristige Aufgabe und Rückzug der Infrastruktur, Versor-

gungsdisparitäten). Für eine ökologische Nachhaltigkeit zukünftiger Generationen werden Potentiale geschaffen, die langfristig durchaus im Sinne einer Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse zu verstehen sind. Insofern heißt das Konzept nicht Aufgabe eines Leitbildes, sondern mittelfristige Übergangskonzeption für Rückzugslösungen, Infrastruktur- und Versorgungssicherung einer alternden und schrumpfenden Bevölkerung.

Die Aussage von KIND (1997) zur „ostdeutschen Entwicklung als gesetzmäßig und Neufassung der Zentralität“ ist durch den Gedanken zu erweitern, dass die ostdeutsche Entwicklung eine gesetzmäßige Neufassung des Gleichwertigkeitsprinzips als zentrale Konsequenz der Schrumpfungsprozesse vollzieht. Die Alterung und Schrumpfung der Bevölkerung darf in Teilräumen als dominante Entwicklung nicht verleugnet werden, auch wenn Planung der Schrumpfung schwieriger und politisch unverdaulicher ist, als Planung des Wachstums.

Die Ergebnisse und Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit (speziell die dargestellten Disparitäten und Entwicklungstendenzen) erfordern vordringlich eine adäquate Zielorientierung des gesellschaftlichen, raum- und fachplanerischen Handelns im Rahmen eines Konsenses zur sozialen Nachhaltigkeit. Die Herausforderungen für die Senioren – im Sinne dieser Arbeit überwiegend Senioren, die auf Hilfe und Pflege angewiesen sind – werden nicht erst gewaltig werden, sondern sind es bereits heute unmittelbar. Zwar sind bundesweite Horrorszenarien eines Pflegenotstandes noch unvorstellbar, aber eine signifikante Unterversorgung einzelner Regionen, die zu Pflegeproblemen führen, ist bereits heute messbar.

Gerade vor dem Hintergrund eklatanter Pflegemissstände und konkreter Versorgungsprobleme werden Methoden zur Erfassung, Dokumentation und Analyse der Situation, Entwicklung und Strukturforschung im Rahmen einer regional differenzierten Raumbetrachtung an Bedeutung gewinnen. Abschließend bleibt daher anzumerken, dass die vorliegende Arbeit vor allem die Tür zu einer neuen Qualität in der Raumbetrachtung öffnen soll. Die hier dargelegten empirischen und methodischen Ergebnisse bilden eine gesicherte Grundlage für zukünftige Forschung z.B. zu weiteren Interdependenzen von Einfluss und Pflege sowie zu feineren räumlichen Differenzierungen der Pflegestrukturen und Pflegebedarfsentwicklungen. Alle empirischen Datensätze erlauben gemeinschaftliche Detailuntersuchungen, wie sie z.B. für die Sozialberichte des Landkreises Schmalkalden-Meiningen erstellt wurden (vgl. ZOBEL 1998B oder ZOBEL 2001). Wünschenswert wären auch ähnliche topologisch ausdifferenzierte Angaben anderer Bundesländer, um sie den hier erarbeiteten Thüringer Ergebnissen gegenüberzustellen. So könnten Auswirkungen unterschiedlicher Fördermodelle und Bemühungen der Landespflegeplanung verglichen werden.

Neben der Darstellung der empirischen Ergebnisse dieser Arbeit hofft der Autor daher, auch eine gewisse Sensibilisierung der Entscheidungsträger in der Pflege für die berechtigten Bedürfnisse der betroffenen alten Menschen zu erreichen.

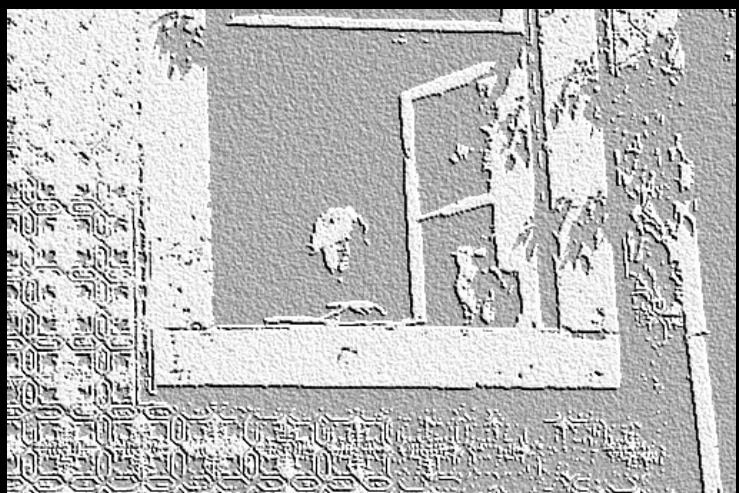
8 Anhang

Datengrundlagen und Quellen

Fragebogen und Erhebungsmethodik

Abbildungs-, Karten und Tabellenverzeichnisse

Erklärung und Lebenslauf



Ich finde das Alter nicht arm an Freuden,
Farben und Quellen dieser Freuden sind nur anders.

(Wilhelm von Humboldt)

8 ANHANG

8.1 Generelle Definition der Datengrundlagen und Quellen

Sofern nicht ausdrücklich im Text auf andere Daten- oder Quellenlage verwiesen wird (Abweichungen und Ergänzungen werden genannt), gilt für die gesamte vorliegende Arbeit einheitlich:

- Alle Angaben und Datengrundlagen zur Pflegelandschaft und Pflegebedürftigkeit basieren grundsätzlich auf den eigenen Erhebungen und Umfragen des Autors im Rahmen der Thüringer Landespflegeplanung (s. Abschnitt 3.5.1). Das sind folgende Erhebungen:
 - Erhebung 1999: Umfrage zum 30.06.1999 mit laufenden Aktualisierungen bis Mitte 2001 (Veröffentlichung 4. Thüringer Landespflegeplan)
 - Erhebung 1998: Umfrage zum 30.06.1998 mit Aktualisierungen bis Anfang 1999 (Veröffentlichung 3. Thüringer Landespflegeplan)
 - Erhebung 1997: Umfrage zum 30.06.1997 mit Aktualisierungen bis Ende 1997 (Veröffentlichung 2. Thüringer Landespflegeplan)
 - Auswertung der statistischen Erhebung „Heimgesetz“ zum 31.12.1994 im Auftrag des TMSG: zur Auswertung und Analyse dieser Fragebögen aller Alten- und Behindertenheime Thüringens s. Diplomarbeit des Autors (ZOBEL 1996).
- Weitere Datenerhebungen wurden zur Infrastruktur der ambulanten Pflegedienste durchgeführt. Für den Aspekt der ambulanten Pflegebedürftigkeit (Leistungsempfänger) wurden die Rohdaten der AOK Leistungsempfängerlisten Thüringens anonymisiert ausgewertet.
- Alle Datengrundlagen der Einflussindikatoren stammen aus Veröffentlichungen und den speziell für die Arbeit angeforderten gemeindestatistischen Angaben des Thüringer Landesamtes für Statistik (TLS: <http://www.tls.thueringen.de/>). Insbesondere sind das:
 - Statistisches Jahrbuch Thüringen (Ausgaben 1994-2001)
 - Bevölkerung nach Alter der Gemeinden Thüringens (1990- 2001)
 - Änderungsdienst zum Schlüsselverzeichnis der Städte/Gemeinden (1990-2002)
 - Ergebnisse des Mikrozensus: Ausgewählte Merkmale zur Entwicklung in Thüringen 1991-2000, Bevölkerung 60 Jahre und älter in Thüringen Mai 2000 und Haushalt und Familie in Thüringen Mai 2000
 - Auswirkungen der Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnung auf die Entwicklung der Privathaushalte Thüringens 1999 bis 2020 nach Kreisen
 - Natürliche Bevölkerungsbewegung in Thüringen, Gestorbene in Thüringen nach Todesursachen, Geschlecht und Altersgruppen und Wanderungen und Bevölkerung in Thüringen
 - Bevölkerungsstand der Städte und Gemeinden des Landes Thüringen am 3. Oktober 1990, Bevölkerungsstatistische Ergebnisse für das Land Thüringen 1990 und Altersstruktur der Bevölkerung des Landes Thüringen am 3. Oktober 1990

8.2 Forschungsdesign: Umfragemethodik und Fragebogen zur Totalerhebung

Nachfolgend ist der Fragebogen zum 4. Thüringer Landespflegeplan in Auszügen wiedergegeben, der von den Pflegeeinrichtungen auszufüllen war, die bereits im 3. Landespflegeplan enthalten waren (für die bereits Angaben vorlagen). Um den Einrichtungen das Ausfüllen zu erleichtern, wurde für jede Einrichtung ein eigener Fragebogen auf der Basis früherer Umfragen des Autors verschickt, der Angaben wie Anschrift, Träger, Angebot oder Baustruktur bereits enthielt. Die Einrichtungen mussten in den entsprechenden Bereichen nur noch Korrekturen vornehmen. Ab Punkt 7 waren die aktuellen Bewohnerdaten einzutragen. Der Umfang des Gesamtmaterials dieses spezialisierten Fragebogenteils entsprach insgesamt 645 Seiten, die ergänzt um die Fragebogenseiten ab

Punkt 8 (aktuelle Strukturdaten) entsprechend sortiert an 215 Pflegeeinrichtungen verschickt wurden. Ein Auszug des kompletten Fragebogens ist nachfolgend abgebildet. Der komplette Fragebogen hatte für jede Pflegeeinrichtung einen Umfang von 12 Seiten. Zahlreiche Pflegeeinrichtungen nutzten hierfür die EDV-Variante des Fragebogens, die immer zusammen mit dem Fragebogen auf einer beiliegenden Diskette verschickt wurde.

4. THÜRINGER LANDESPFLEGEPLAN

*Umfrage zum 30.06.1999 im Auftrag des
Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit*

Rückfragen bei Dipl.-Ing. Oliver Zobel . Schubertstraße 21 . 99423 Weimar
Tel./Fax.: 03643 – 40 14 92 oder rund um die Uhr: 0179 - 596 22 47

Letzter Abgabetermin 20.01.2000

Die Erhebung über die Vollstationären-, Teilstationären- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen wird als Bestandserhebung durchgeführt. Einige Fragen beziehen sich auf die Situation am Stichtag 30.06.1999; andere auf den Zeitraum (Betrachtungszeitraum) zwischen dem 01.07.1998 und dem 30.06.1999 (letzten 12 Monate vor dem Stichtag).

Die so im Rahmen des § 14 Absatz 2 Thüringer Gesetz zur Ausführung des Pflegeversicherungsgesetzes (ThürAGPflegeVG) erhobenen Daten werden nur für Zwecke der Landesplanung (§ 5 ThürAGPflegeVG) und der Investitionsförderung (§ 7 ThürAGPflegeVG) verarbeitet. Name, Telefon- und Faxnummer des Ansprechpartners, der eventuelle Rückfragen beantworten kann, sind Hilfsmerkmale, die nur der technischen Durchführung der Erhebung dienen.

Die Erhebung zum 4. Thüringer Landespflegeplan entspricht in wesentlichen Teilen der Erhebung zum 2. und 3. Thüringer Landespflegeplan. Schwerpunkt sind die Tabellen zur Bewohner-, Einzugs- und Auszugsstruktur sowie - falls vorhanden - zur Warteliste. Dieses Verfahren soll Ihnen die Arbeit erheblich erleichtern, da Sie keine Summen bzw. Teilergebnisse für Tabellen errechnen bzw. zusammenstellen müssen. Aus diesem Grund wird auch auf die Nutzertabellen zur Kurzzeit- und Tagespflege verzichtet (die Nutzer werden aus den Tabellen errechnet).

Bitte füllen Sie für jede Person/Bewohner/Nutzer jeweils eine Zeile aus (Gliederungspunkte 7, 8, 9 und 10). Sollten die beigelegten Fragebogenseiten nicht ausreichen, bitte ich Sie, Kopien der entsprechenden Seiten (Rückseite der jeweiligen Fragebogenseite) in der benötigten Anzahl selbst zu erstellen.

Ferner wurden zur Erleichterung und Vereinfachung der Umfrage die ersten drei Seiten gekürzt und die uns bereits bekannten Angaben eingetragen. Bitte kontrollieren Sie diese Angaben und ergänzen bzw. korrigieren Sie diese bei Bedarf durch deutliches "Darüberschreiben" bzw. "Ausstreichen" und Ergänzen.

Wir hoffen, Ihnen hiermit einen Teil der Arbeit erleichtert zu haben.

1 Anschrift der Einrichtung und des Trägers		Einrichtungs-ID (zur vereinfachten Datenaufnahme): 257
	Einrichtung	Träger
Name	Alten- und Pflegeheim "Über der großen Sackpfeife"	AWO Kreisverband Weimar e.V.
Straße	Zum Hospitalgraben	Schwabestraße 11
PLZ / Ort	99423 Weimar	99423 Weimar
Telefon		03643 - 24 900
Fax		03643 - 24 90 16 o. 24 90 30
Ansprechpartner		Herr Schrade (Geschäftsführer)
Art des Trägers: freigemeinnütziger Träger - AWO		
Bestandsschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> freigemeinnütziger Träger (<input type="checkbox"/> AWO <input type="checkbox"/> Caritas <input type="checkbox"/> Diakonie <input type="checkbox"/> DPWV <input type="checkbox"/> DRK <input type="checkbox"/> sonstiger)
Versorgungsvertrag vom:		<input type="checkbox"/> privater Träger, organisiert beim <input type="checkbox"/> BPA <input type="checkbox"/> VDAB <input type="checkbox"/>
schriftliche Inaussichtstellung vom:		<input type="checkbox"/> öffentlicher Träger (auch gGmbH mit kommunaler Beteiligung)
(Ergänzungen oder Korrekturen bitte in die Kästchen eintragen bzw. einkreuzen)		
2 Art der Einrichtung		
2.1 Einrichtungsart: Pflegeeinrichtung für überwiegend (<input type="checkbox"/> alte Menschen <input type="checkbox"/> behinderte Menschen)		
2.2 Angebot des Trägers am Standort der Einrichtung (Mehrfachnennungen möglich)		
vollstationäre Dauerpflege	(<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> nein)	Nachsorge zu ambulanter Operation (<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> nein)
Kurzzeitpflege (KZP)	(<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> nein)	barrierefreies Wohnen (<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> nein)
Tagespflege (TP)	(<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> nein)	ambulante Leistungen (<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> nein)
Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen	(<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> nein)	sonstiges/Bemerkung (<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> nein)
Bemerkung (zu sonstiges):		

VIELEN DANK !

Umfrage zum 30.06.99 im Auftrag des TMSFG – 4. Thüringer Landespflegeplan – Dipl.-Ing. Zobel – 4

7 verbindliche Anmeldungen (Warteliste) zum 30.06.1999 (vollst. Dauerpflege, Kurzzeit- und Tages-/Nachtpflege)
Aufgrund vielfachen Hinweis auf wachsende Wartelisten in den Einrichtungen, werden mit nachfolgender Tabelle die verbindlichen Anmeldungen zum Stichtag 30.06.1999 erfaßt.

Bitte für jede verbindliche Anmeldung eine Zeile ausfüllen!

Mf. Nummer	Geburtsjahr	Geburtszahl	Tag der Anmeldung	Grund des Bedarfs an Heimpflege	Gegenwärtige Pflegesituation	Gegenwärtige Wohnsituation	Grad der festgestellten Pflegebedürftigkeit	Anmeldung für	
								vollstationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege / Tages- / Nachtpflege
1				1	A	1	1	1	
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									

Für weitere Personen (Bewohner) bitte Folgebogen anlegen und hier deren Anzahl eintragen. Auf den Folgebogen bitte Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung eintragen. Bitte gegebenenfalls wie benötigt kopieren (Grundlage ungenügend). Vielen Dank!

Umfrage zum 30.06.99 im Auftrag des TMSFG – 4. Thüringer Landespflegeplan – Dipl.-Ing. Zobel – 5

8 gesamte Bewohnerstruktur am 30.06.1999 (vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege und Tages-/Nachtpflege)
Bitte für jede versorgte Person (für jeden Bewohner) eine Zeile ausfüllen!

Mf. Nummer	Geburtsjahr	Regionale Herkunft	Einzug / Beginn der Pflege (keine Angabe bei Kurzzeitpflege)		Grad der Pflegebedürftigkeit / Pflegestufe nach SGB XI	Art der Pflegeleistung			andere Kostenträger
			Datum des Einzugs in die Einrichtung	Beginn der Pflege nach SGB XI		Wohnort vor Einzug in die Einrichtung	Monat/Jahr	Monat/Jahr	
1			5/94	3/94	1				
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									
34									

Für weitere Personen (Bewohner) bitte Folgebogen anlegen und hier deren Anzahl eintragen. Auf den Folgebogen bitte Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung eintragen. Bitte gegebenenfalls wie benötigt kopieren (Grundlage ungenügend). Vielen Dank!

Unfrage zum 30.06.99 im Auftrag des TMSFG – 4. Thüringer Landespflegeplan – Dipl.-Ing. Zobel – 7

10 Auszüge / Vertragende im Zeitraum 01.07.1998 – 30.06.1999 (vollst., Dauerpflege, Kurzzeit- und Tages-/Nachtpflege)

Summe Auszüge in der 1. vollst., Dauerpflege | | | | | 2. Kurzzeitpflege | | | | | 3. Tages-/Nachtpflege | | | | |
Bitte für jede Person mit Vertragende im Zeitraum 01.07.98-30.06.99 eine Zeile ausfüllen!

Geburtsjahr	Verweildauer / Dauer des Aufenthaltes	Art des Auszuges / Auszuggrund	Grad der Pflegebedürftigkeit / Pflegestufe nach SGB XI	Art der Pflegeleistung	andere Kostenträger
	Vertragbeginn / Einzug in die Einrichtung Monat / Jahr	Vertragende / Auszug aus der Einrichtung Monat / Jahr	W= Wohndfall (Stufe -1 und -2) 0= Pflegestufe I 1= Pflegestufe II 2= Pflegestufe III H= Pflegefall mit Händelfall B= BSHG-Stufe	Wohndfall Kurzzeitpflege Tages- / Nachtpflege	andere Kostenträger andere Sozialleistungen Selbstzahler
1	/	/	1		
2	/	/			
3	/	/			
4	/	/			
5	/	/			
6	/	/			
7	/	/			
8	/	/			
9	/	/			
10	/	/			
11	/	/			
12	/	/			
13	/	/			
14	/	/			
15	/	/			
16	/	/			
17	/	/			
18	/	/			
19	/	/			
20	/	/			
21	/	/			
22	/	/			
23	/	/			
24	/	/			
25	/	/			
26	/	/			
27	/	/			
28	/	/			
29	/	/			
30	/	/			
31	/	/			
32	/	/			

Für weitere Personen (Bevollmächtigte) bitte Folgebögen anlegen und hier deren Anzahl eintragen. Auf den Folgebögen bitte Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung eintragen. Bitte gegebenenfalls wie benötigt kopieren (Grundlage: unentgeltl. Vielen Dank!)

Unfrage zum 30.06.99 im Auftrag des TMSFG – 4. Thüringer Landespflegeplan – Dipl.-Ing. Zobel – 6

9 Einzüge im Zeitraum 01.07.1998 – 30.06.1999 (vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeit- und Tages-/Nachtpflege)

Summe Einzüge in der 1. vollst., Dauerpflege | | | | | 2. Kurzzeitpflege | | | | | 3. Tages-/Nachtpflege | | | | |
Bitte für jede neu eingezogene Person (des Zeitraums) eine Zeile ausfüllen!

Geburtsjahr	Regionale Herkunft	Zugangsweg	Einzug in die Einrichtung (Keine Angabe bei Kurzzeitpflege)	Grad der Pflegebedürftigkeit / Pflegestufe nach SGB XI	Art der Pflegeleistung	andere Kostenträger
	Postleitzahl	1= aus einem anderen Heim 2= aus einem Krankenhaus 3= aus einem Privathaus 4= sonstiges / anderes	Monat/Jahr	W= Wohndfall (Stufe -1 und -2) 0= Pflegestufe I 1= Pflegestufe II 2= Pflegestufe III H= Pflegefall mit Händelfall B= BSHG-Stufe	Wohndfall Kurzzeitpflege Tages- / Nachtpflege	andere Kostenträger andere Sozialleistungen Selbstzahler
1		1	/	1		
2			/			
3			/			
4			/			
5			/			
6			/			
7			/			
8			/			
9			/			
10			/			
11			/			
12			/			
13			/			
14			/			
15			/			
16			/			
17			/			
18			/			
19			/			
20			/			
21			/			
22			/			
23			/			
24			/			
25			/			
26			/			
27			/			
28			/			
29			/			
30			/			
31			/			
32			/			
33			/			
34			/			
35			/			
36			/			

Für weitere Personen (Bevollmächtigte) bitte Folgebögen anlegen und hier deren Anzahl eintragen. Auf den Folgebögen bitte Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung eintragen. Bitte gegebenenfalls wie benötigt kopieren (Grundlage: unentgeltl. Vielen Dank!)

Literatur- und Quellenverzeichnis

- [**ARL 1994**] Akademie für Raumforschung und Landesplanung: Handwörterbuch der Raumordnung. Hannover 1994.
- [**ARMINGER 1979**] Arminger, Gerhard: Faktorenanalyse. Stuttgart 1979.
- [**ASAM 1999**] Asam, Walter H.: Kommunale Altenplanung nach dem SGB XI. In: Jansen, B.; Karl, F.; Radebold, H.; Schmitzer-Scherzer, R. (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Basel 1999.
- [**BACHER 1994**] Bacher, Johann: Clusteranalyse: anwendungsorientierte Einführung. München/Wien/Oldenbourg 1994.
- [**BÄCKER 2000**] Bäcker, Gerhard; Bispinck, Reinhard; Hofemann, Klaus; Naegele, Gerhard: Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland Band I und II. Wiesbaden 2000.
- [**BACKES 2000**] Backes, Gertrud M.: Soziologie und Alter(n) : neue Konzepte fuer Forschung und Theorieentwicklung. Reihe Alter(n) und Gesellschaft, Bd. 2. Opladen 2000.
- [**BAHRENBURG/GIESE/NIPPER 1990**] Bahrenberg, Gerhard; Giese, Ernst; Nipper, Josef: Statistische Methoden in der Geographie, Band 1 und 2. Stuttgart 1990.
- [**BBR 2000**] Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung: Raumordnungsbericht 2000. Bonn 2000.
- [**BFLR 1989**] Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung: Infrastrukturentwicklung unter veränderten Rahmenbedingungen. Regionale Infrastruktur II. Informationen zur Raumentwicklung Heft 1.1989. Bonn 1989.
- [**BFLR 1991**] Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung: Ältere Menschen und räumliche Forschung. Informationen zur Raumentwicklung Heft 3/4.1991. Bonn 1991.
- [**BIB 1993**] Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: Die älter werdende Gesellschaft. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Heft 80. Wiesbaden 1993.
- [**BIB 2000**] Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: Bevölkerung, Fakten - Trends - Ursachen - Erwartungen. Wiesbaden 2000.
- [**BIRG 1995**] Birg, H.; Flöthmann, E.-J.: Bevölkerungsprojektionen für das vereinigte Deutschland bis zum Jahr 2100 unter besonderer Berücksichtigung von Wanderungen. In: Enquete-Kommission Schutz der Erdatmosphäre des Deutschen Bundestages (Hrsg.): Studienprogramm, Bd. 3: Energie, Teilband II, Bonn 1995. Bielefeld 1993.
- [**BIRG 1997**] Birg, H., Filip, D., Flöthmann, E.-J., Frein, R.: Zur Eigendynamik der Bevölkerungsentwicklung der 16 Bundesländer Deutschlands im 21. Jahrhundert, Ein multiregionales Bevölkerungsmodell mit endogenen Wanderungen. In: Materialien des Institutes für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik (IBS) der Universität Bielefeld, Bd. 42. Bielefeld 1997.
- [**BIRG 2000**] Birg, Herwig: Perspektiven der Bevölkerungsentwicklung in Deutschland und Europa - Konsequenzen für die sozialen Sicherungssysteme. Unterlagen für den Vortrag bei der Sachverständigenanhörung des Bundesverfassungsgerichts in Karlsruhe am 4. Juli 2000. Bielefeld 2000.
- [**BIRG 2001**] Birg, Herwig: Auswirkungen und Kosten der Zuwanderung nach Deutschland. Gutachten im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums des Innern. Bielefeld 2001
- [**BIRG 2002**] Birg, Herwig: Schrumpfen oder Wachsen? Die Lebensbedingungen sind entscheidend. Bevölkerungspolitik in der Demokratie. In: Das Parlament Nr. 19/20 vom 10./17.05.2002. Berlin 2002
- [**BMA 1998**] Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Bonn 1998.
- [**BMA 1998B**] Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: Übersicht über das Sozialrecht. Bonn 1998.

- [**BMA 2001**] Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: 2. Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Bonn 2001.
- [**BMBAU 1997**] Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau: Strategien für strukturschwache ländliche Räume, Raumordnerische Handlungsempfehlungen zur Stabilisierung und Entwicklung strukturschwacher ländlicher Räume. Bonn 1997.
- [**BMFSFJ 1996**] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Erster Altenbericht - Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. Bonn 1996.
- [**BMFSFJ 1996B**] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Altenhilfe in Europa - Länderberichte. Schriftenreihe Bd. 132.2. Stuttgart/Berlin/Köln 1996.
- [**BMFSFJ 1998**] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Zweiter Altenbericht - Wohnen im Alter. Bonn 1998.
- [**BMFSFJ 2000A**] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Modellprogramm "Selbstbestimmt Wohnen im Alter". Leitlinien – Akteure – Vernetzung. Workshop in Erfurt am 1./2.12.1998. Berlin 2000.
- [**BMFSFJ 2000B**] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Neue Wohnmodelle für das Alter. Dokumentation des Expertenworkshops am 11./12. Juni 1997 in Bonn-Oberkassel. Berlin 2000.
- [**BMFSFJ 2000C**] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Wohnungsanpassung und Wohnberatung. Dokumentation eines Workshops im Rahmen des Bundesmodellprogramms "Selbstbestimmt Wohnen im Alter" am 23./24. Februar 1999 in Kassel. Berlin 2000.
- [**BMFSFJ 2001**] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Berlin 2001.
- [**BMG 2000**] Bundesministerium für Gesundheit: Fünf Jahre Pflegeversicherung - eine Zwischenbilanz. BMG Pressemitteilungen 2000 - Nr. 28 / 31.03.2000.
- [**BMI 2000**] Bundesministerium des Innern: Modellrechnungen zur Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland bis zum Jahr 2050. Berlin 2000.
- [**BMI 2000**] Bundesministerium des Innern: Modellrechnungen zur Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland bis zum Jahr 2050. Berlin 2000.
- [**BMI 2001**] Bundesministerium des Innern: Bericht der unabhängigen Kommission „Zuwanderung“: Zuwanderung gestalten - Integration fördern. Berlin 2001.
- [**BMVBW 2000**] Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen: Bericht der Kommission "Wohnungswirtschaftlicher Strukturwandel in den neuen Ländern". Berlin 2000.
- [**BMVBW 2001**] Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen: Stadtumbau in den neuen Ländern. Berlin 2001.
- [**BMVBW 2003**] Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen: Dokumentation zum Bundeswettbewerb "Stadtumbau Ost" - für lebenswerte Städte und attraktives Wohnen. Bonn 2003.
- [**BOCK 1992**] Bock, H. H.: Grundlegende Methoden der exploratorischen Datenanalyse. In: Encke, H.; Göller, J.; Haux, R.; Wernecke, R. D. (Hrsg.): Methoden und Werkzeuge für die exploratorische Datenanalyse in den Biowissenschaften. Stuttgart 1992.
- [**BORCHARD 1994**] Borchard, K.; Kötter, T.; Braßel, T.: Agrarstrukturelle Vorplanung. Vorschläge zur inhaltlichen und konzeptionellen Neugestaltung eines Instrumentes zur Entwicklung ländlicher Räume. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, Reihe B: Flurbereinigung, Heft 81. Bonn 1994.
- [**BORSCHIED 1992**] Borscheid, Peter: Der alte Mensch in der Vergangenheit. In: Baltes, Paul B.; Mittelstrass, Jürgen (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin 1992.

- [**BORSCHIED 1995**] Borscheid, Peter: Alter und Gesellschaft / Marburger Forum Philippinum. Stuttgart 1995.
- [**BOUSTEDT 1975A**] Boustedt, O.: Grundriß der empirischen Regionalforschung, Teil 1: Raumstrukturen. Hannover 1975/1995.
- [**BOUSTEDT 1975B**] Boustedt, O.: Grundriß der empirischen Regionalforschung, Teil 2: Bevölkerungsstrukturen. Hannover 1975/1995.
- [**BOUSTEDT 1975C**] Boustedt, O.: Grundriß der empirischen Regionalforschung, Teil 3: Siedlungsstrukturen. Hannover 1975/1995.
- [**BOUSTEDT 1975D**] Boustedt, O.: Grundriß der empirischen Regionalforschung, Teil 4: Regionalstatistik. Hannover 1975/1995.
- [**BRAUN 1987**] Braun, H.: Zur Problematik von Bedarfsberechnungen für die stationäre Altenhilfeplanung. In: Brand, H.; Dennebaum, E.-M.; Rückert, W (Hrsg.): Stationäre Altenhilfe. Problemfelder - Rahmenbedingungen - Perspektiven. Freiburg 1987.
- [**BUCHER 1999**] Bucher, H.; Kocks M.: Die Bevölkerung in den Regionen der Bundesrepublik Deutschland - Eine Prognose des BBR bis zum Jahr 2015. In: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.): Informationen zur Raumentwicklung. Bd. 11/12. 1999.
- [**BUNDESTAG 1998**] Deutscher Bundestag: Zweiter Zwischenbericht der Enquête-Kommission "Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik". Drucksache 13/11460. Berlin 1998.
- [**BUNDESTAG 2002**] Deutscher Bundestag: Schlussbericht der Enquête-Kommission "Demographischer Wandel - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik". Drucksache 14/8800. Berlin 2002.
- [**BURBERG/WIENEKE 1989**] Burgerb, Paul-Helmut; Wieneke, Günter: Infrastrukturversorgung bei rückläufiger Bevölkerungsdichte unter besonderer Berücksichtigung der Mobilität von Bevölkerung und Infrastruktureinrichtungen, ARL Beiträge 115. Hannover 1989.
- [**CARSTENSEN 2002**] Carstensen, Laura: Ein Triumph der Kultur. 27.09.2002. Berlin 2002.
- [**CASSING/KÜPPERS 1978**] Cassing, Gerd; Küppers, Georg: Koordinierte Planung sozialer Infrastruktur. Nutzungs- und Standortkombinationen in Gemeinschaftseinrichtungen. Dortmund 1978.
- [**CREWS 1990**] Crews, Douglas E: Anthropological Issues in Biological Gerontology. In: Rubinstein, Robert L (Hrsg.): Anthropology and Aging. Comprehensive Reviews. Dordrecht 1990.
- [**DORBRITZ/SCHWARZ 1996**] Dorbritz, Jürgen; Schwarz, Karl: Kinderlosigkeit in Deutschland - ein Massenphänomen? Analysen zu Erscheinungsformen und Ursachen. In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft Jg. 21, H.3, S.231-261. Opladen 1996.
- [**DIW 1999**] Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung: Zur langfristigen Bevölkerungsentwicklung in Deutschland - Modellrechnungen bis 2050. Wochenbericht 42/99. Berlin 1999.
- [**DZA 1991**] Deutsches Zentrum für Altersfragen: Alte Menschen in der Stadt und auf dem Lande. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Beitrag zur Gerontologie und Altenarbeit, Bd. 82. Berlin 1991.
- [**DZA2001**] Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA): GeroStat, Statistikdatenbank des DZA. Berlin 2001.
- [**EHRENBURG 1986**] Ehrenberg, A. S: Statistik oder der Umgang mit Daten. Weinheim 1986.
- [**FRIESE 1994**] Friese, Heinrich-Thomas: Die Boomgeneration im Rentenalter. Ein Simulationsmodell zur regionalen Dynamik von Pflegeplatznachfrage und Pflegeinfrastruktur in Baden-Württemberg (1973-2063). Tübingen 1994.
- [**FUNCK 1995**] Funck, Rolf: Regionalwissenschaft. In: Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.): Handwörterbuch der Raumordnung. Hannover 1995.

- [**GEHRMANN 1977**] Gehrman, F.; Schreiber, F.: Traditionelle und anwendungsorientierte Indikatoren zur Ermittlung ausgewählter Infrastrukturdisparitäten, dargestellt am Beispiel der 60 Großstädte der BRD. In: Hoffmann-Nowotny, H.-J. (Hrsg.): Gesellschaftliche Berichterstattung zwischen Theorie und politischer Praxis. Soziale Indikatoren - Konzept und Forschungsansätze. Frankfurt/New York 1983.
- [**GEHRMANN/ZOBEL 1994**] Gehrman, Friedhelm; Zobel, Oliver: Umsetzung des Investitionsprogrammes des Pflegeversicherungsgesetzes für den Schwarzta-Kreis. Weimar 1994.
- [**GEHRMANN/ZOBEL 1995**] Gehrman, Friedhelm; Zobel, Oliver: Bauzustandsanalysen und Finanzierungsfragen zu den Investitionsmaßnahmen der Stadt Gera bei der Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes. Weimar 1995.
- [**GEIBLER 1992**] Geißler, Rainer: Die Sozialstruktur Deutschlands - Ein Studienbuch zur gesellschaftlichen Entwicklung im geteilten und vereinten Deutschland. Bonn 1992.
- [**GENNRICH 1997**] Gennrich, Rolf: Kurzzeitpflege nach Einführung der Pflegeversicherung. Köln 1997.
- [**GERA 50+**] Haupt, H.: Gera, 50 und älter in Gera. In: Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin-Brandenburg im Auftrag der Stadtverwaltung Gera (Hrsg.). Gera 1997.
- [**GERSTE/REHBEIN 1998**] Gerste, Bettina; Rehbein, Isabel: Der Pflegemarkt in Deutschland, Ein statistischer Überblick. WIdO Materialien Nr. 38. Bonn 1998.
- [**GIFI 1990**] Gifi, A.: Nonlinear Multivariate Analysis. New York 1990.
- [**GROTH 1982**] Groth, F.: Zu einigen philosophischen und ideologischen Problemen der Gerontologie. In: Baust, Günter; Keck, Alfred; Löther, Rolf; Rapoport, Samuel Mitja; Spaar, Horst (Hrsg.): Altern in der sozialistischen Gesellschaft. Medizin und Gesellschaft 16. Jena 1982.
- [**GUTSCHE/HAHN/SCHWITZER 1982**] Gutsche, G.; Hahn, Toni; Schwitzer, K.-P.: Entwicklung der Persönlichkeit und Lebensweise älterer Bürger in der entwickelten sozialistischen Gesellschaft. In: Baust, Günter; Keck, Alfred; Löther, Rolf; Rapoport, Samuel Mitja; Spaar, Horst (Hrsg.): Altern in der sozialistischen Gesellschaft. Medizin und Gesellschaft 16. Jena 1982.
- [**HANNEMANN 2003**] Hannemann, Christine: Schrumpfende Städte in Ostdeutschland - Ursachen und Folgen einer Stadtentwicklung ohne Wirtschaftswachstum. Aus Politik und Zeitgeschichte. Band 28/2003. Bonn 2003.
- [**HAUPT 1995**] Haupt, H.: Altenreport Marzahn 1995. Berlin 1995.
- [**HEIDENREICH 1993**] Heidenreich, G.: Siedlungsstruktur und Siedlungsentwicklung Thüringens. In: Bricks, W.; Gans, P. (Hrsg.): Thüringen - Zur Geographie des neuen Bundeslandes. Erfurter Geographische Studien, Bd. 1. Erfurt 1993.
- [**HEIGL 1999**] Heigl, Andreas: Einführung in die Demographie am PC. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft Heft 92. Wiesbaden 1999.
- [**HEILER 1994**] Heiler, Siegfried; Michels, Paul: Deskriptive und Explorative Datenanalyse. München, Wien, Oldenbourg 1994.
- [**HEINZE/EICHENER 1997**] Heinze, Rolf G.; Eichener, Volker; Naegle, Gerhard; Bucksteeg, Mathias; Schauerte, Martin: Neue Wohnung auch im Alter. Folgerungen aus dem demographischen Wandel für Wohnungspolitik und Wohnungswirtschaft. Darmstadt 1997.
- [**HENGELHAUPT 1993**] Hengelhaupt, U.; Nicht, H.; Ruttke, H.: Zur jüngsten Entwicklung der Bevölkerung Thüringens. In: Bricks, W.; Gans, P. (Hrsg.): Thüringen - Zur Geographie des neuen Bundeslandes. Erfurter Geographische Studien, Bd. 1. Erfurt 1993.
- [**HEUNEMANN 1992**] Heunemann, G.: Landesreport Thüringen. Berlin/München 1993.
- [**HIRSCH/FUSSEK 2001**] Hirsch, Rolf D.; Fussek, Claus (Hrsg.): Gewalt gegen pflegebedürftige alte Menschen: Gegen das Schweigen - Bericht von Betroffenen. In: Bonner Schriftenreihe Gewalt im Alter. Band 4. Bonn 2001.

- [**HOFFMANN-NOWOTNY 1983**] Hoffmann-Nowotny, H.-J.: Gesellschaftliche Berichterstattung zwischen Theorie und politischer Praxis. Soziale Indikatoren - Konzept und Forschungsansätze. Frankfurt/New York 1983.
- [**HÖPFLINGER/STUCKELBERGER 1999**] Höpflinger, François; Stuckelberger, Astrid: Demographische Alterung und individuelles Altern. Ergebnisse aus dem Nationalen Forschungsprogramm 'Alter' (NFP 32). Zürich 1999.
- [**IMHOF 1971**] Imhof, E.: Thematische Kartographie. Berlin 1971.
- [**INFRATEST 1992**] Infratest: Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. München 1992.
- [**INGLEHART 1984**] Inglehart, R.: Wertewandel in den westlichen Gesellschaften: Politische Konsequenzen von materialistischen und postmaterialistischen Präferenzen. In: Klages, H.; Kmiecik, P (Hrsg.): Wertewandel und gesellschaftlicher Wandel. Frankfurt a.M. 1984.
- [**INGLEHART 1989**] Inglehart, R.: Kultureller Umbruch - Wertewandel in der westlichen Welt. Frankfurt a.M. 1989.
- [**JARAUSCH 1998**] Jarausch, Konrad H.: Realer Sozialismus als Fürsorgediktatur, Zur begrifflichen Einordnung der DDR. Aus Politik und Zeitgeschichte. Bonn 1998.
- [**JUNG 1998**] Jung, Volker: Integrierte Benutzerunterstützung für die Visualisierung in Geo-Informationssystemen. Darmstadt 1998.
- [**KDA 1998**] Kuratorium Deutsche Altershilfe: Tagespflege - ein oft verkanntes Juwel der Altenhilfe. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Pro ALTER. 4/98. Köln 1998.
- [**KDA 1998A**] Kuratorium Deutsche Altershilfe: Bessere Rahmenbedingungen für Tagespflege gefordert. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Pro ALTER. 4/98. Köln 1998.
- [**KIL/DOEHLER/BRÄUER 2003**] Kil, Wolfgang; Doehler, Marta; Bräuer, Michael: Zukunft der Städte und Stadtquartiere Ostdeutschlands. Aus Politik und Zeitgeschichte. Band 28/2003. Bonn 2003.
- [**KIND 1993**] Kind, Gerold: Zur Problematik des ländlichen Raumes in Ostdeutschland. In: Schaffer, F. (Hrsg.): Innovative Regionalentwicklung. Augsburg 1993.
- [**KIND 1995**] Kind, Gerold: Raumplanung in der DDR. In: Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.): Handwörterbuch der Raumordnung. Hannover 1995.
- [**KIND 1997**] Kind, Gerold: Territorialentwicklung und Territorialplanung in der DDR: Ergebnisse und Auswirkungen auf die Raumstruktur Deutschlands. In: Becker, Annette (Hrsg.): Regionale Strukturen im Wandel. Opladen 1997.
- [**KISTEMANN 1998**] Kistemann, Th.; Schweikart, J.: Medizinische Geographie: Perspektiven im entwickelten Gesundheitswesen. In: Marburger Bund (Hrsg.): Ärztliche Nachrichten. Bd. 51 (2). Marburg 1998.
- [**KLAGES 1985**] Klages, H.: Wertorientierung im Wandel - Rückblick, Gegenwartsanalyse, Prognose. Frankfurt a.M. 1985.
- [**KRAFT 2003**] Kraft, Peter: Die Mär vom Geburtenrückgang und der Mythos von der Vorherrschaft der Ein-Kind-Familie. Universität Bielefeld. Fak.f.Päd. (AG 5). Internet-Aufsatz in der Fassung vom 05.03.2003: www.prof-kraft.de/mythos/mythos.htm. Bielefeld 2003.
- [**KÜHN 1983**] Kühn, D.: Städtische Sozialplanung und soziale Infrastruktur. In: Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.): Grundriß der Stadtplanung. Hannover 1983.
- [**LEDERER 1999**] Lederer, H. W.; Rau, R.; Rühl, S.: Migrationsbericht 1999; Zu- und Abwanderung nach und aus Deutschland. Bamberg 1999.
- [**LEP 1993**] Landesregierung Thüringen: Thüringer Verordnung über das Landesentwicklungsprogramm Thüringen vom 10.11.1993. Erfurt 1993.
- [**MAIER 1996**] Maier, J.; Beck, G.: Typisierung ländlicher Räume in Thüringen. Im Auftrag des Thüringer Ministerium für Wirtschaft und Infrastruktur. Bayreuth 1996.

- [**MASLOW 1954**] Maslow, A. H.: Motivation und Personality. New York 1954.
- [**MOLLENKOPF/FLASCHENTRÄGER 2001**] Mollenkopf, Heidrun; Flaschenträger, Pia: Erhaltung von Mobilität im Alter. Schriftenreihe Bd. 197. Stuttgart/Berlin/Köln 2001.
- [**MÜNZ 2001**] Münz, Rainer: Interview, DIE ZEIT vom 12.07.2001.
- [**NAEGELE 1992**] Naegele, Gerhard: "Übergestülpt statt vernetzt" - Aus verpaßten Chancen dennoch das Beste machen!, Thesen zur Altenpolitik und -arbeit in Deutschland-Ost mit Rückwirkungen auf Deutschland-West. In: Kuratorium Deutscher Altenhilfe (Hrsg.): Vernetzung in Altenarbeit und Altenpolitik - Probleme und Perspektiven in der neuen Bundesrepublik. Köln 1992.
- [**NAEGELE 1995**] Naegele, Gerhard: Bedarfsplanung in der kommunalen Altenpolitik und -arbeit in Nordrhein-Westfalen, Band I und II. Dortmund 1995.
- [**PIB 2001**] Presse- und Informationsamt der Bundesregierung: Sozialpolitische Umschau. Ausgabe 12. Berlin 2001.
- [**PICKENHAIN/RIES 1988**] Pickenhain, Lothar; Ries, Werner: Das Alter, Kleine Enzyklopädie Das Alter. Leipzig 1988.
- [**POHLMANN 2001**] Pohlmann, Stefan: Das Altern der Gesellschaft als globale Herausforderung - Deutsche Impulse. Schriftenreihe Bd. 201. Stuttgart/Berlin/Köln 2001.
- [**PRECHT 1999**] Precht, Manfred; Kraft, Roland; Bachmaier, Roland: Beschreibende und explorative Statistik. München, Wien, Oldenbourg 1999.
- [**BUNDESVERFASSUNGSGERICHT 2001**] Bundesverfassungsgericht Pressestelle: Zur Pflegeversicherung. Pressemitteilung Nr.35/2001 vom 03.04.2001. Karlsruhe 2001.
- [**RROP MITTE**] Thüringer Innenministerium / Regionale Planungsgemeinschaft Mittelthüringen: Regionaler Raumordnungsplan Mittelthüringen. Sonderdruck Nr. 2/1999 des Thüringer Staatsanzeigers (Beilage zu Nr. 40/1999, Ausgabe Montag, 04.10.1999, 9. Jahrgang). Erfurt 1999.
- [**RROP NORD**] Thüringer Innenministerium / Regionale Planungsgemeinschaft Nordthüringen: Regionaler Raumordnungsplan Nordthüringen. Sonderdruck Nr. 2/1999 des Thüringer Staatsanzeigers (Beilage zu Nr. 40/1999, Ausgabe Montag, 04.10.1999, 9. Jahrgang). Erfurt 1999.
- [**RROP OST**] Thüringer Innenministerium / Regionale Planungsgemeinschaft Ostthüringen: Regionaler Raumordnungsplan Ostthüringen. Sonderdruck Nr. 2/1999 des Thüringer Staatsanzeigers (Beilage zu Nr. 40/1999, Ausgabe Montag, 04.10.1999, 9. Jahrgang). Erfurt 1999.
- [**RROP SÜD**] Thüringer Innenministerium / Regionale Planungsgemeinschaft Südthüringen: Regionaler Raumordnungsplan Südthüringen. Sonderdruck Nr. 3/1999 des Thüringer Staatsanzeigers (Beilage zu Nr. 40/1999, Ausgabe Montag, 04.10.1999, 9. Jahrgang). Erfurt 1999.
- [**RÜCKERT 1992**] Rückert, W.: Gegenwärtige Personalsituation in der Altenhilfe. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Personalsituation in der Altenhilfe heute und morgen, Tätungsbericht. Köln 1992.
- [**SCHMIDT 2001**] Schmidt, Ulla: Hohe Akzeptanz der Pflegeversicherung in der Bevölkerung - Qualitätssicherung rückt zunehmend ins Blickfeld. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Pressemitteilung 18, 15.03.2001. Bonn 2001.
- [**SCHMIDT/KALBE 1982**] Schmidt, U.J.; Kalbe, Irmgard: Gerontologie in der DDR in Forschung und Praxis. In: Baust, Günter; Keck, Alfred; Löther, Rolf; Rapoport, Samuel Mitja; Spaar, Horst (Hrsg.): Altern in der sozialistischen Gesellschaft. Medizin und Gesellschaft 16. Jena 1982.

- [**SCHMIGALLA 1997**] Schmigalla, H.; Arndt, M.: Abschlußbericht Gebietskategorisierung und -typisierung in Thüringen. Im Auftrag des Thüringer Ministerium für Wirtschaft und Infrastruktur. Gera 1997.
- [**SCHNEEKLOTH 1996**] Schneekloth, Ulrich: Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Schriftenreihe Bd. 111.2. Stuttgart/Berlin/Köln 1996.
- [**SCHNEEKLOTH 1998**] Schneekloth, Ulrich; Müller, Udo: Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen". Schriftenreihe Bd. 147.2. Stuttgart/Berlin/Köln 1998.
- [**SCHULZ/LEIDL/KÖNIG 2001**] Schulz, Erika; Leidl, Reiner; König, Hans-Helmut: Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Zahl der Pflegefälle. Vorausschätzungen bis 2020 mit Ausblick auf 2050. DIW Diskussionspapier Nr. 240. Berlin 2001.
- [**SCHWARZ 2000**] Schwarz, Karl: Aufforderung an die Demographen zum Einstieg in die Bevölkerungspolitik. In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft. Jg. 25, 3-4/2000. S. 431-440. Opladen 2000.
- [**SCHWEIKART 1999**] Schweikart, Jürgen: Daten zur Gesundheit in der Karte. Möglichkeiten und Perspektiven. In: Geoinformatik Online. Ausgabe 1/99. <http://gio.uni-muenster.de/>
- [**SCHWITZER 1992**] Schwitzer, Klaus-Peter: Ältere Menschen in den neuen Bundesländern. Aus Politik und Zeitgeschichte. Bonn 1992.
- [**SCHWITZER/KOHNERT 1982**] Schwitzer, K.-P.; Kohnert, Monika: Gegenwärtiger Stand und Perspektiven der komplexen Betreuung älterer Bürger und ihre Einbeziehung in das gesellschaftliche Leben der DDR. In: Baust, Günter; Keck, Alfred; Löther, Rolf; Rapoport, Samuel Mitja; Spaar, Horst (Hrsg.): Altern in der sozialistischen Gesellschaft. Medizin und Gesellschaft 16. Jena 1982.
- [**SCHWITZER/WINKLER 1993**] Schwitzer, Klaus-Peter; Winkler, Gunnar: Altenreport 1992. Zur sozialen Lage und Lebensweise älterer Menschen in den neuen Bundesländern. Berlin 1993.
- [**SIEBERT 2002**] Siebert, Horst: Die Auswirkung der alternden Bevölkerung 'Zukunftsfragen - Wege aus der deutschen Krise'. In: DeutschlandRadio (Hrsg.): Signale - Gedanken zur Zeit. Interview vom 16.6.2002. Berlin 2002.
- [**SIMONIS 1977**] Simonis, Udo Ernst: Infrastruktur. Theorie und Politik. Köln 1977.
- [**SPIEGEL 27/2002**] DER SPIEGEL: Europa macht dicht. Ansturm der Migranten. Nr. 25/17.06.02.
- [**SPIEGEL 30/2002**] DER SPIEGEL: Stille Lasten statt Reserven - Lebensversicherungen müssen ihre alten Versprechen kräftig korrigieren. Nr. 30/22.07.02.
- [**SPIEGEL-ONLINE 2002**] SPIEGEL-ONLINE: Herausforderungen durch eine neue Einwanderungspolitik. Zugriff: 23.07.2002.
- [**SPIEB 1993**] Spieß, C. K.: Angebot und Nachfrage stationärer Altenhilfeeinrichtungen - Analyse eines regulierten Marktes. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): KDA-Thema Nr. 84. Köln 1993.
- [**STATISTISCHES BUNDESAMT 2000**] Statistisches Bundesamt: Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050, Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden 2000.
- [**STATISTISCHES BUNDESAMT 2001**] Statistisches Bundesamt: Kurzbericht: Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Bonn 2001.
- [**STATISTISCHES BUNDESAMT 2001B**] Statistisches Bundesamt: 2. Kurzbericht: Pflegestatistik 1999. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich: Pflegebedürftige. Bonn 2001.
- [**STOLARZ 1997**] Stolarz, Holger: 10 Jahre Wohnungsanpassung in Deutschland. Forum 32. Köln 1997.

- [TEWS 1994] Tews, H.P.: Alter und Altern in unserer Gesellschaft. In: Reimann, H. (Hrsg.): Das Alter. Einführung in die Gerontologie. Stuttgart 1994.
- [THIEL 1990] Thiel, E.; Crinius, W.: Raumkategorien und raumordnungspolitische Maßnahmen, Probleme einer regionstypenbezogenen Raumentwicklung. Beiträge Heft 13. Hannover 1990.
- [TICHY 2001] Tichy, Andrea; Tichy, Roland: Die Pyramide steht Kopf. Die Wirtschaft in der Altersfalle und wie sie ihr entkommt. Pieper 2001
- [TLS 1992] Thüringer Landesamt für Statistik: Bevölkerungsstatistische Ergebnisse für das Land Thüringen 1990. Erfurt 1992.
- [TLS 1994] Thüringer Landesamt für Statistik: Entwicklung der Bevölkerung Thüringens von 1993 bis 2040 - Ergebnisse der 8. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung auf der Basis der Daten von 1992. Erfurt 1994.
- [TLS 2000] Thüringer Landesamt für Statistik: Entwicklung der Bevölkerung Thüringens von 1998 bis 2050, Ergebnis der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Erfurt 2000.
- [TLS 2000A] Thüringer Landesamt für Statistik: Verzeichnis der ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen in Thüringen - Stand 1999. Erfurt 2000.
- [TLS 2000B] Thüringer Landesamt für Statistik: Ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen in Thüringen am 15.12.1999. Erfurt 2000.
- [TLS 2000C] Thüringer Landesamt für Statistik: Entwicklung der Bevölkerung Thüringens von 1998 bis 2020 nach Kreisen, Bevölkerungsvorausberechnung. Erfurt 2000.
- [TLS 2000D] Thüringer Landesamt für Statistik: Daten zur Pflegeversicherung und Altersvorsorge in Thüringen April 1999, Ergebnis des Mikrozensus. Statistischer Bericht. Erfurt 2000.
- [TLS 2001] Thüringer Landesamt für Statistik: Bevölkerung, Erwerbstätigkeit, Haushalt und Familie in Thüringen nach Kreisen - Ergebnis des Mikrozensus. Erfurt 2001.
- [TLS 2001B] Thüringer Landesamt für Statistik: Bevölkerung 60 Jahre und älter in Thüringen - Ergebnis des Mikrozensus Mai 2000. Erfurt 2001.
- [TMSFG 2001] Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit: 4. Thüringer Landespflegeplan. Erfurt 2001.
- [TMSG 1994] Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit: Landesaltenprogramm Thüringen. Ältere Bürger mitten unter uns. Erfurt 1994.
- [TMSG 1997] Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit: 1. Thüringer Landespflegeplan. Erfurt 1997.
- [TMSG 1998] Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit: 2. Thüringer Landespflegeplan. Erfurt 1998.
- [TMSG 1999] Thüringer Ministerium für Soziales und Gesundheit: 3. Thüringer Landespflegeplan. Erfurt 1999.
- [TMWI 1993] Thüringer Ministerium für Wirtschaft und Infrastruktur: Landesentwicklungsprogramm Thüringen. Erfurt 1993.
- [TMWI 1998] Thüringer Ministerium für Wirtschaft und Infrastruktur: Zweiter Raumordnungsbericht Thüringen 1998. Erfurt 1998.
- [TÖNNIES 2002] Tönnies, Gerd: Bevölkerungsentwicklung in Raumforschung/Raumordnung. Nachrichten 1/2002. Hannover 2002.
- [TREMMELE 2001] Tremmel, J: Stiftung für die Rechte zukünftiger Generationen - Generationengerechtigkeit. Oberursel 2001.
- [USBECK 1989] Usbeck, Hartmut: Regionale Bevölkerungsentwicklung in der DDR - Aktuelle Trends und langfristige Projektion. In: Aufhauser, E.; Giffinger, R.; Hatz, G. (Hrsg.): Regionalwissenschaftliche Forschung: Fragestellungen einer empirischen Disziplin. Beiträge zur 3.

- Tagung für Regionalforschung und Geographie. Mitteilungen des Arbeitskreises für Regionalforschung Vol. 19. Wien 1989.
- [**USBECK/KIND 1990**] Usbeck, H.; Kind, G.: Von der Territorialplanung zur Raumordnung. In: Geographische Gesellschaft e.V. (Hrsg.): Raumordnung und Raumplanung in Deutschland. Cottbus 1990.
- [**WINGEN 2002**] Wingen, Max: Ein erneutes Plädoyer für eine bevölkerungsbewusste Familienpolitik. In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, Jg. 27, 1/2002, S. 69-85, Opladen 2002.
- [**WEIDENFELD 1994**] Weidenfeld, Werner: Politik für ältere Menschen in Europa - Stand, Stellenwert und Entwicklungsmöglichkeiten der Seniorenpolitik in den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft und den EFTA-Staaten. Schriftenreihe Bd. 36. Stuttgart, Berlin, Köln 1994.
- [**WERZ 2001**] Werz, Nikolaus: Abwanderung aus den neuen Bundesländern von 1989 bis 2000. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 39/40. Bonn 2001.
- [**WINKEL 1989**] Winkel, Rainer: Infrastruktur in der Stadt- und Regionalplanung. Eine Untersuchung der Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen. Frankfurt/New York 1989.
- [**WINKEL 1991**] Winkel, Rainer: Neue Möglichkeiten öffentlicher Infrastrukturversorgung durch verknüpfte Netze multifunktionaler Einrichtungen. In: Archiv für Kommunalwissenschaften. Heft 1/91. Stuttgart 1991.
- [**WINKEL/LÜDIGK 2000**] Winkel, Rainer; Lüdigg, Rainer: Entwicklungsperspektiven ländlicher Räume in Thüringen. Thüringer Staatskanzlei und Thüringer Ministeriums für Landwirtschaft, Naturschutz und Umwelt (Hrsg.). Dresden und Halle 2000.
- [**WINKEL 2001**] Winkel, Rainer: Bestandsentwicklung, Schrumpfung – Herausforderungen für die Planung. Akademie für Raumforschung und Landesplanung. Erfurt 2001.
- [**WINKEL/BRANDSTETTER 2002**] Winkel, Rainer; Brandstetter, Benno: Perspektiven der Siedlungsentwicklung in Ostdeutschland. Schriftenreihe des Lehrstuhls für Landesplanung und Siedlungswesen. Heft 1. Dresden 2001.
- [**WINKEL 2002**] Winkel, Rainer: Schrumpfung und ihre siedlungsstrukturellen Wirkungen. In: Raumplanung 101. Dortmund 2002.
- [**WINKLER 1990**] Winkler, Gunnar: Sozialreport '90. Daten und Fakten zur sozialen Lage in der DDR. Berlin 1990.
- [**WINKLER 1994**] Winkler, G.; Haupt, A.; Schwitzer, K.-P.: Seniorenreport 1994, Daten und Fakten zur sozialen Lage älterer Bürger in den neuen Bundesländern. Berlin 1994.
- [**WINKLER/HAUPT 1998**] Winkler, Gunnar; Haupt, Hanna: Sozialreport 50+, Daten und Fakten zur sozialen Lage von Bürgern ab 50 Jahren in den neuen Bundesländern. Berlin 1998.
- [**WINKLER/HAUPT 2000**] Winkler, G.; Haupt, H.: Sozialreport 50+. Daten und Fakten zur sozialen Lage von Bürgern ab 50 Jahren in den neuen Bundesländern. Berlin 2000.
- [**WITTWER-BACKOFEN 1999**] Wittwer-Backofen, Ursula: Disparitäten der Alterssterblichkeit im regionalen Vergleich, Biologische versus sozioökonomische Determinanten - Regionale Studie für den Raum Hessen. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft Heft 95. Wiesbaden 1999.
- [**ZAPF 1974**] Zapf, W.: Soziale Indikatoren; Konzepte und Forschungsansätze I - III. Frankfurt/New York 1994/1995.
- [**ZAPF 1976**] Zapf, W.: Sozialberichterstattung - Probleme und Möglichkeiten. Göttingen 1976.
- [**ZOBEL 1996**] Zobel, Oliver: Konzeption und Aufbau eines raumbezogenen Informationssystems 'Altenhilfeplanung im Freistaat Thüringen', Konfiguration offener und flexibler Systemarchitekturen. Diplomarbeit an der HAB. Weimar 1996.
- [**ZOBEL 1998**] Zobel, Oliver: Gutachten und Entwurf zum 2. Thüringer Landespflegeplan. Weimar 1998.

[ZOBEL 1998/2001] Zobel, Oliver: Kreisergebnisse und -analysen zur Landespflegeplanung in Thüringen. Weimar 1998-2001.

[ZOBEL 1998B] Zobel, Oliver: Regionale Herkunft der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen des Landkreises. In: Landratsamt Schmalkalden-Meiningen (Hrsg.): 4. Sozialbericht des Landkreises Schmalkalden-Meiningen. Meiningen 1998.

[ZOBEL 1999] Zobel, Oliver: Gutachten und Entwurf zum 3. Thüringer Landespflegeplan. Weimar 1999.

[ZOBEL 2000] Zobel, Oliver: Gutachten und Entwurf zum 4. Thüringer Landespflegeplan. Weimar 2000.

[ZOBEL 2001] Zobel, Oliver: Regionale Herkunft der stationärer untergebrachten Pflegebedürftigen. In: Landratsamt Schmalkalden-Meiningen (Hrsg.): Stand der pflegerischen Versorgung im Landkreis Schmalkalden-Meiningen. Meiningen 2001.

Ausgewählte Internetquellen

Akademie für Raumforschung und Landesplanung: <http://www.arl-net.de/>

Altenpflege, Fachwissen, Hospiz: <http://www.thema-altenpflege.de/>

Bevölkerungswissenschaft an der Humboldt-Universität: <http://www.demographie.de>

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: www.bib-demographie.de

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung: <http://www.bma.bund.de/>

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: <http://www.bmfsfj.de/>

Bundesministerium für Gesundheit: <http://www.bmggesundheits.de/>

CareHelix: <http://www.carehelix.de/>

Deutsche Zentrum für Altersfragen : <http://www.dza.de/>

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie: <http://www.dggg-online.de/>

ECE Ministerial Conference on Ageing (MiCA): <http://www.mica2002.de/>

Institut für Bevölkerungsforschung und Sozialpolitik: <http://www.ibs.uni-bielefeld.de/>

Kuratorium Deutsche Altershilfe: <http://www.kda.de/>

Modellprojekt Altenhilfestrukturen der Zukunft: <http://www.altenhilfestrukturen.de/>

Wissenschaftliches Institut der AOK: <http://www.wido.de/>

Nachweis der Abbildungen		Seite
Abb. 1-1:	Forschungsbausteine: Aufbau und Struktur der vorliegenden Arbeit	4
Abb. 2-1:	Leistungsübersicht der Pflegeversicherung (eigene Darstellung)	27
Abb. 3-1:	Abstrahierte Konzeptspezifikation zur Pflege (Infrastrukturnachfrage als Kausalkette)	69
Abb. 3-2:	Regionales Interdependenzmodell der Pflegebedürftigkeit und -infrastruktur	71
Abb. 3-3:	Methodisch-Statistisches Sechsstufenmodell zur Entwicklung eines Indikatorenkataloges Pflege	82
Abb. 4-1:	Relation des Seniorenanteils am 31.12.1999 in ländlichen Räumen zu verdichteten Gebieten und Gebieten im Einzugsbereich der Zentren	88
Abb. 4-2:	Seniorenanteil 1999 und Veränderung 1993-1999 in den Gemeinden nach Zentralortkategorien	95
Abb. 4-3:	Seniorenanteil der Landkreise und kreisfreien Städte im Vergleich 1990 und 1999	99
Abb. 4-4:	Frauenpflegepotential (FPP) je Person „75 Jahre und älter“ 1999 und 2020 sowie Entwicklung bzw. Abnahme in Prozent (1999 = 100%) bis 2020	101
Abb. 4-5:	Entwicklung der Bevölkerung Thüringens 1960 bis 2000	106
Abb. 4-6:	Veränderung in Prozent zu 1998 ausgewählter Altersgruppen nach Ergebnissen der 9. kBV	110
Abb. 4-7:	Veränderung des Kreisrangs beim Seniorenanteil 1999 bis 2020	111
Abb. 4-8:	Güte der Dimensionsreduktion (Vergleich der z-Summen [EI-Basis] und [EI-Auswahl])	117
Abb. 4-9:	Box&Whisker-Analyse der Auswahleinflussindikatoren [EI-Auswahl]	118
Abb. 4-10:	Matrix-Streudiagramm ausgewählter Einflussindikatoren [EI-Auswahl]	119
Abb. 4-11:	Dendogramme der Clusterdistanzen nach Sachgebieten [EI-Auswahl]	121
Abb. 4-12:	Dendogramm der Clusterdistanz [EI-Auswahl]	122
Abb. 5-1:	Entwicklung des Platz- bzw. Pflegeplatzangebots in Thüringen seit 1990	127
Abb. 5-2:	Angebot am Standort der Einrichtung am 31.12.1998	129
Abb. 5-3:	Infrastrukturelle Einbindung der Pflegeeinrichtungen in Metern	133

Abb. 5-4:	Gruppierung der Häufigkeitsverteilung von Infrastrukturentfernungen der Pflegeeinrichtungen	133
Abb. 5-5:	Baujahr und Inbetriebnahme der stationären Pflegeinfrastruktur in Thüringen	134
Abb. 5-6:	Häufigkeitsverteilung des Erfüllungsgrades der ThürAGPflegeVG-DVO	135
Abb. 5-7:	Entwicklung der neu gebauten bzw. modernisierten Platzkapazität in Thüringen seit 1992	136
Abb. 5-8:	Relative Häufigkeit der Einrichtungsgröße nach genehmigten Plätzen laut Heimaufsicht von 1996 bis 2000	138
Abb. 5-9:	Einrichtungsgröße nach Landkreisen und kreisfreien Städten am 30.06.1999	138
Abb. 5-10:	Struktur der „verbindlichen Anmeldungen“ zum 30.06.1999	140
Abb. 5-11:	Bewohnerstruktur nach Art der Pflege und Grad der Pflegebedürftigkeit am 30.06.1999	141
Abb. 5-12:	Alterspyramide (Geburtsjahr) der Pflegeeinrichtungsbewohner am 30.06.1998	142
Abb. 5-13:	Durchschnittsalter der Bewohner, Einzüge und Auszüge nach Art der Pflege 1999	144
Abb. 5-14:	Struktur der Einzüge im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 nach Grad der Pflegebedürftigkeit	145
Abb. 5-15:	Struktur der Auszüge im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 nach Grad der Pflegebedürftigkeit	146
Abb. 5-16:	Altersgruppen- und Pflegegradstruktur im Vergleich der Jahre 1997 und 1999	147
Abb. 5-17:	Struktur der Bewohner nach Art der Pflege und Familienstand am 30.06.1998	148
Abb. 5-18:	Struktur der Einzüge nach Art der Pflege und Anteil des Zugangswegs an allen Einzügen im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999	150
Abb. 5-19:	Übernommene und abgegebene Versorgungsfunktionen der Landkreise und kreisfreien Städte in der vollstationären Dauerpflege am 30.06.1999	155
Abb. 5-20:	Übernommene und abgegebene Versorgungsfunktionen der Landkreise und kreisfreien Städte bei den Einzügen in die vollstationäre Dauerpflege im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999	156
Abb. 5-21:	Struktur der Auszüge im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 nach Grund des Auszuges	159
Abb. 5-22:	Bisherige Aufenthalts- bzw. Wohndauer der Bewohner 1998	160
Abb. 5-23:	Häufigkeitsverteilung der Aufenthaltsdauer vollstationärer Bewohner in Monaten/Jahren	162
Abb. 5-24:	Häufigkeitsverteilung der Anzahl „ausgezogener Bewohner“ nach Aufenthaltsdauer in Monaten 1999 (Bewohner, die seit Inkrafttreten der 2. Stufe PflegeVG am 1.7.1996 eingezogen sind)	162
Abb. 5-25:	Versorgungsgrad, Inanspruchnahme und tatsächliche Inanspruchnahme in Thüringen 1999	165
Abb. 5-26:	Anteil Wanderungssaldos an der Gesamtbelegung 1999 bzw. an den Gesamteinzügen 1998/99	166
Abb. 5-27:	Grad der ambulanten Pflegebedürftigkeit nach Landkreisen und kreisfreien Städten 1999	172
Abb. 5-28:	Struktur der Pflegebedürftigkeit nach Art der Pflege in Thüringen 1999 (PflegeStat)	174
Abb. 5-29:	Güte der Dimensionsreduktion (Vergleich der z-Summen [PLI-Basis] und [PLI-Auswahl])	179
Abb. 5-30:	Box&Whisker-Analyse der Auswahlindikatoren [PLI-Auswahl]	179
Abb. 5-31:	Matrix-Streudiagramm ausgewählter Pflegeindikatoren [PLI-Auswahl]	183
Abb. 6-1:	Einflussindikator SAS-Maß (Seniorenaltersstruktur)	192
Abb. 6-2:	Einfluss Hochbetagtenanteil an den Senioren	193
Abb. 6-3:	Einfluss Frauenpflegepotential I	194
Abb. 6-4:	Einfluss Frauenpflegepotential II	194
Abb. 6-5:	Einfluss Haushaltsstruktur „Anteil Einpersonenhaushalte“	195
Abb. 6-6:	Regression Versorgungsgrad-Haushaltsstruktur	195
Abb. 6-7:	Einfluss Frauenerwerbstätigkeit und -arbeitslosigkeit	196
Abb. 6-8:	Einfluss Raum- und Siedlungsstruktur	197
Abb. 6-9:	Regression stationärer Versorgungsgrad und Bevölkerungsdichte ($r=0,79$; $r^2=0,62$)	197
Abb. 6-10:	Clusteranalyse des gesamten Pflegemodells [IMP] ([EI-Auswahl] und [PLI-Auswahl])	204
Abb. 6-11:	Entwicklung der Leistungsempfänger professioneller Pflegeleistungen in Thüringen bis 2050	210
Abb. 6-12:	Entwicklung des stationären Pflegeplatzbedarfs in Thüringen 2000 bis 2050	212
Abb. 6-13:	Stationärer Pflegeplatzbedarf im Jahr 2020 nach Landkreisen und kreisfreien Städten	212

Anlagenband

A-

Abb. I-1:	Entwicklung der Ausgabenstruktur der Pflegeversicherung	5
Abb. II-1:	Interdependenzanalyse von Bevölkerungs- und Siedlungsdichte 1993 nach IFR-Gebietskategorien der Gemeinden	19
Abb. II-2:	Seniorenanteil 1999 nach Kategorien zentraler Orte in Thüringen	19
Abb. II-3:	Zusammengefasste Geburtenziffer (9. kBV: STATISTISCHES BUNDESAMT 2000: Schaubild 1)	23
Abb. II-4:	Saldo der Wanderungen über die Grenzen Deutschlands (9. kBV: STATISTISCHES BUNDESAMT 2000 Schaubild 3)	23
Abb. II-5:	Veränderung der Lebenserwartung im Vergleich der Sterbetafeln 1991/1993 und 1997/99	23
Abb. II-6:	Vergleich der relativen Häufigkeit des Senioren- und Hochbetagtenanteils in den Gemeinden Thüringens 1993, 1996 und 1999	27
Abb. II-7:	Regression zwischen Seniorenanteil und Frauenpflegepotential 1997	29
Abb. II-8:	Natürliche und räumliche Bevölkerungsbewegung in Thüringen 1985 bis 1999	30
Abb. II-9:	Wanderungsvolumen der Wanderungen über die Landesgrenzen Thüringens je 1000 der Bevölkerung nach Geschlecht 1999 (Quelle TLS)	30
Abb. II-10:	Entwicklung der Haushaltsgrößen in Thüringen von 1993 bis 2000 (TLS)	31
Abb. II-11:	Bevölkerung 60 Jahre und älter in Thüringer Privathaushalten im Mai 2000 nach Altersgruppen, Haushaltsgröße und Geschlecht (TLS)	31
Abb. II-12:	Familienstand von Männern und Frauen 60 Jahre und älter in Prozent der jeweiligen Altersgruppe, Thüringen 1999 (TLS)	31
Abb. II-13:	Bevölkerung 60 Jahre und älter in Thüringen im Mai 2000 nach Familienstand, Altersgruppen und Geschlecht (TLS)	31
Abb. II-14:	Entwicklung der Familienstruktur von 1993 bis 2000 in Thüringen (TLS)	31
Abb. II-15:	Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen und Seniorenanteil 1980 bis 1999 in Thüringen	34
Abb. II-16:	Natürliche und räumliche Wanderungsbilanz 1985 bis 1999 in Thüringen	34
Abb. II-17:	Räumliches Wanderungssaldo von 1995 bis 1999 nach Altersstruktur insgesamt und Altersstruktur der Senioren in Thüringen	35
Abb. II-18:	Zuzüge und Fortzüge nach Familienstand und Altersgruppe in Thüringen 1999	35
Abb. II-19:	Ergebnisbeispiele der Bevölkerungsvorausberechnungen für den Bezirk Erfurt seit 1959 (Quelle: HEUNEMANN 1992)	37
Abb. II-20:	Entwicklung des Biletter-Maßes in Ost- und Westdeutschland bis 2050 (9.kbV: STATISTISCHE BUNDESAMT 2000)	38
Abb. II-21:	Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands (STATISTISCHE BUNDESAMT 2000: Schaubild 4)	38
Abb. II-22:	Altersaufbau der Bevölkerung Thüringens 1998, 2020 und 2050 (Quelle TLS)	39
Abb. II-23:	Bevölkerungsentwicklung insgesamt und ausgewählter Altersgruppen in Thüringen von 1998 bis 2050	39
Abb. II-24:	Entwicklung der Altersgruppenanteile „65 Jahre und älter“ an den Einwohnern insgesamt in Thüringen von 1998 bis 2050	39

Abb. II-25:	Veränderung des Pflegepotentials entsprechend der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung Thüringen 1998 bis 2050	39
Abb. II-26:	Bevölkerungsveränderungsraten der Bundesländer nach BIRG Simulationsvarianten 1 und 37	43
Abb. II-27:	Vergleich der Ergebnisse ausgewählter Bevölkerungssimulationssimulationen für Thüringen nach BIRG und der 8. sowie 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (TLS)	43
Abb. II-28:	Explorative Box&Whisker-Analyse der Einflussindikatoren [EI-Basis]	47
Abb. II-29:	Distanzdiagramm der Clusteranalyse mit Basisindikatoren = Fälle und Kreise = Variablen	51
Abb. III-1:	Einrichtungsgröße nach IFR-Gebietskategorien am 30.06.1999	55
Abb. III-2:	Struktur der Bewohner nach Altersgruppen und Grad der Pflegebedürftigkeit am 30.06.1997	56
Abb. III-3:	Altersstruktur der Bewohner nach Art der Pflege 1999	56
Abb. III-4:	Geschlecht nach Altersgruppen der Bewohner am 30.06.1998	56
Abb. III-5:	Struktur des Einzugs nach Altersgruppen und Grad der Pflegebedürftigkeit 1997	57
Abb. III-6:	Struktur der Einzüge im Zeitraum 1.7.1997 bis 30.06.1998 nach Altersgruppen/Familienstand und Grad der Pflegebedürftigkeit/Altersgruppen	57
Abb. III-7:	Einzug nach Herkunft 1997 und Herkunft der Bewohner beim Einzug in die Einrichtungen nach Landkreisen und kreisfreien Städten 1997	57
Abb. III-8:	Struktur der Auszüge nach Grad der Pflegebedürftigkeit und Grund des Auszuges 1997	57
Abb. III-9:	Struktur der Auszüge im Zeitraum 1.7.1997 bis 30.06.1998 nach Grad der Pflegebedürftigkeit und Art/Grund des Auszuges	58
Abb. III-10:	Struktur der Auszüge im Zeitraum 1.7.1997 bis 30.06.1998 nach Art der Pflege und Art/Grund des Auszuges	58
Abb. III-11:	Struktur der Bewohner bzw. Nutzer nach Grad der Pflegebedürftigkeit und Altersgruppen am Stichtag 30.06.1999	59
Abb. III-12:	Struktur der Einzüge im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 nach Altersgruppen und Grad der Pflegebedürftigkeit	60
Abb. III-13:	Struktur der Auszüge im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 nach Altersgruppen und Grad der Pflegebedürftigkeit	61
Abb. III-14:	Regionale Herkunft der Bewohner nach Landkreisen/kreisfreien Städten 1997	64
Abb. III-15:	Externer Bewohneranteil nach Landkreisen/kreisfreien Städten 1997	64
Abb. III-16:	Aufenthaltsdauer der Bewohner bei Vertragsende (Vertragsdauer in Monaten) 1997	66
Abb. III-17:	Häufigkeitsverteilung der Anzahl „ausgezogener Bewohner“ nach Aufenthaltsdauer in Monaten/Jahren 1997/98	66
Abb. III-18:	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer der im Zeitraum 1.7.1997 bis 30.06.1998 ausgezogenen Bewohner in Monaten nach Landkreisen und kreisfreien Städten	66
Abb. III-19:	Bisherige Wohndauer der Bewohner nach Grad der Pflegebedürftigkeit 1998	67
Abb. III-20:	Dokumentierte Veränderungen in der Struktur ambulanter Pflegedienste in Thüringen seit 1994	69
Abb. III-21:	Altersstruktur der ambulanten Pflegeleistungsempfänger nach Thüringer Kreisen 1997 (AOK)	72
Abb. III-22:	Art der ambulanten Pflegeleistungen nach Thüringer Kreisen 1997 (AOK)	73
Abb. III-23:	Art der ambulanten Pflegeleistung nach Thüringer Kreisen 1999 (AOK)	73
Abb. III-24:	Grad der ambulanten Pflegebedürftigkeit nach Thüringer Kreisen 1997 (AOK)	74
Abb. III-25:	Grad der ambulanten Pflegebedürftigkeit nach Thüringer Kreisen 1999 (AOK)	74
Abb. III-26:	Anteil der Pflegeart (ambulant und stationär) nach Thüringer Kreisen 1999 (AOK)	75
Abb. III-27:	Quote der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen je 100 Senioren nach Art der Pflege in den Landkreisen und kreisfreien Städten Thüringens 1999 (AOK)	75
Abb. III-28:	Gesamtinanspruchnahme von Pflegeleistungen nach Landkreisen und kreisfreien Städten je 100 Senioren in Thüringen 1999 (PflegeStat)	76
Abb. III-29:	Altersstruktur nach Art der Pflege und Grad der Pflegebedürftigkeit mit professioneller Pflege insgesamt in Thüringen 1999 (PflegeStat)	76
Abb. III-30:	Anteil Pflegebedürftiger (SGB XI) an Bewohnern und Einzügen der vollstationären Dauerpflege nach Landkreisen und kreisfreien Städten Thüringens	83
Abb. III-31:	Explorative Box&Whisker-Analyse der Pflegelandschaftsindikatoren [PLI-Basis] – Teil 1	84
Abb. III-32:	Explorative Box&Whisker-Analyse der Pflegelandschaftsindikatoren [PLI-Basis] – Teil 2	85
Abb. III-33:	Einzugs- und Auszugsvolumen der Kreise 1999	85

Nachweis der Karten

Seite

Karte 2-1:	Topologie der Altersstruktur im Vergleich der Kreise Deutschlands 1999 [Billetter-Maß und Seniorenanteil]	11
Karte 2-2:	Dynamik der räumlichen Alterung bis 2015 (BUCHER 1997)	15
Karte 2-3:	Struktur der Pflegebedürftigkeit in Deutschland Ende 1999	31
Karte 4-1:	Bevölkerungsdichte in Thüringen 1999 (Basis EW/km ² in den Gemeinden)	85
Karte 4-2:	Siedlungsdichte der Gemeinden Thüringens 1993	85
Karte 4-3:	IFR Gebietskategorien in Thüringen mit Gebietsstand 1999 - Grobeinteilung	87
Karte 4-4:	Schwerpunktgebiete des Seniorenanteils nach der Höhe des Seniorenanteils in den Gebietskategorien der Kreise	89
Karte 4-5:	Gemittelte Entfernung der Gemeinden zum Mittelzentrum in km	91
Karte 4-6:	Seniorenanteil der Gemeinden am 31.12.1999	97
Karte 4-7:	Billetter-Maß _(Pflege) der Gemeinden am 31.12.1999	97
Karte 4-8:	Topologie der Relation Billetter-Maß _(Pflege) und Seniorenaltersstrukturmaß am 31.12.1999	98
Karte 4-9:	Seniorenanteil und Hochbetagtenanteil an Senioren in Landkreisen und kreisfreien Städten 1999	99
Karte 4-10:	Topologie des Pflegepotential am 31.12.1997 nach Gemeinden	101
Karte 4-11:	Einpersonenhaushalte 1999 und Entwicklung 1999 bis 2001	103
Karte 4-12:	Topologie der Arbeitssuchenden (inkl. Arbeitsloser) in den Gemeinden im Dezember 2000	105
Karte 4-13:	Topologie der Bevölkerungsentwicklung in den Gemeinden Thüringens von 1989 bis 2000	108
Karte 4-14:	Topologie der Relation von natürlichen und räumlichen Bevölkerungsentwicklungssalden der Gemeinden Thüringens 1999	108
Karte 4-15:	Altersstruktur im Vergleich der Jahre 1999 und 2020 sowie Seniorenanteil im Jahr 2020 nach Landkreisen und kreisfreien Städten	111
Karte 4-16:	Topologie der hierarchischen Clusteranalyse der Auswahlindikatoren [EI-Auswahl] (Ward)	122
Karte 4-17:	Topologie der partitionierenden Clusteranalyse der Auswahlindikatoren [EI-Auswahl] (k-means)	122
Karte 4-18:	Topologie der Clusteranalysen nach Sachgebieten [EI-Auswahl]	123
Karte 4-19:	Topologie der Clusteranalyse der Einflussfaktoren [EI-Faktoren]	124
Karte 5-1:	Standort und Angebotsstruktur der Pflegeeinrichtungen im 4. Thüringer Landespflegeplan	130
Karte 5-2:	Altersstruktur der vollstationären Einzüge im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 (Anteil der Hochbetagten) nach regionaler Herkunft der neuen Bewohner	144

Karte 5-3:	Grad der Pflegebedürftigkeit (Anteil Pflegestufe 3) nach regionaler Herkunft der Bewohner	147
Karte 5-4:	Kostenträger (Anteil Sozialhilfeempfänger) nach regionaler Herkunft der Bewohner	149
Karte 5-5:	Anteil vollstationärer Einzüge aus einem Privathaushalt nach regionaler Herkunft der Einzüge	151
Karte 5-6:	Regionale Herkunft der Bewohner Thüringer Pflegeeinrichtungen am 30.06.1999 nach fünfstelligen Postleitzahlregionen	153
Karte 5-7:	Regionale Herkunft 1998: Aus einer PLZ5-Region in eine Thüringer Pflegeeinrichtung umgezogene Personen je 1.000 Einwohner dieser Postleitzahlregion	154
Karte 5-8:	Regionale Herkunft der Einzüge in die vollstationäre Dauerpflege im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 nach fünfstelligen Postleitzahlregionen	157
Karte 5-9:	Regionale Herkunft der Bewohner 1999 und pflegedeterminierte Verflechtungsbeziehungen der Kreise Thüringens	158
Karte 5-10:	Bisherige Aufenthaltsdauer am 30.06.1999 der vollstationären Bewohner in Monaten nach regionaler Herkunft (PLZ5 Heimatregion der Bewohner)	161
Karte 5-11:	Regionaler Versorgungsgrad und Inanspruchnahme 1999	164
Karte 5-12:	Veränderungen der ambulanten Pflegeinfrastruktur in Thüringen	168
Karte 5-13:	Beschäftigtenstruktur nach Qualifizierung in ambulanten Pflegediensten 2000	169
Karte 5-14:	Standort und Trägerstatus aller ambulanten Pflegedienste	170
Karte 5-15:	Topologie der Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen der AOK je 100 Senioren 1997	173
Karte 5-16:	Inanspruchnahme und Art der Pflegeleistungen je 100 Senioren 1999 (PflegeStat)	174
Karte 5-17:	Topologie ausgewählter standardisierter Pflegelandschaftsindikatoren [PLI] - Teil 1	180
Karte 5-18:	Topologie ausgewählter standardisierter Pflegelandschaftsindikatoren [PLI] - Teil 2	181
Karte 5-19:	Topologie ausgewählter standardisierter Pflegelandschaftsindikatoren [PLI] - Teil 3	182
Karte 5-20:	Clusterergebnis der Pflegeindikatoren nach sechs Indikatorengruppen [PLI-Auswahl] (Ward)	187
Karte 5-21:	Topologie der hierarchischen Clusteranalyse der Pflegeindikatoren [PLI-Auswahl] (Ward)	188
Karte 5-22:	Topologie der partitionierenden Clusteranalyse der Pflegeindikatoren [PLI-Auswahl] (k-mean)	188
Karte 5-23:	Topologie der hierarchischen Clusteranalyse der Pflegelandschaftsfaktoren [PLI-Faktoren] (Ward)	190
Karte 6-1:	Beispiele bivariater Relationen aus Einfluss- und Pflegeindikatoren und deren Topologie	202
Karte 6-2:	Topologie der hierarchischen Clusteranalyse des Pflegemodells [IMP] (Ward)	204
Karte 6-3:	Topologie der partitionierenden Clusteranalyse des Pflegemodells [IMP] (Q-Cluster)	204
Karte 6-4:	Vergleich alternativer Klassifikationsmethoden (reduziertes Indikatorenmodell [IMP-reduziert])	206
Karte 6-5:	Topologie der Pflegefaktoren (Clusterergebnis der Faktorenanalyse [IMP-Faktor])	208
Karte 6-6:	Topologische Gesamtbewertung der Einfluss- und Pflegelandschaftsindikatoren	214

Anlagenband

A-

Karte II-1:	Veränderung der Bevölkerungsdichte der Gemeinden Thüringens von 1989 bis 2000	18
Karte II-2:	Topologie der Bevölkerungsdichte in Thüringen 1993 und 2000	18
Karte II-3:	Topologie der Siedlungsdichte und siedlungsstrukturellen Verdichtung 1993 im Vergleich der Gebietsstände 1993 und 2000	19
Karte II-4:	IFR-Gebietskategorien in Thüringen (Gebietsstand 1999)	20
Karte II-5:	Topologie der Erreichbarkeit zentralörtlicher Funktionen in Thüringen	20
Karte II-6:	Analyse der kommunalen Gebietsreform in Thüringen von 1990 bis 2000	22
Karte II-7:	Strukturanpassung von Gemeindegrenzen und fünfstelligen Postleitzahlregionen in Thüringen	22
Karte II-8:	Seniorenanteil im Bundesvergleich 1991 bis 1999	24
Karte II-9:	Topologie der Altersstruktur im Vergleich der Kreise Deutschlands 1999 [Billeter-Maß und Seniorenanteil]	25
Karte II-10:	Topologie und Dynamik der Altersstrukturentwicklung in den Kreisen Deutschlands 1998-1999	25
Karte II-11:	Bevölkerungs- und Siedlungsdynamik zwischen 1990 und 1997 (Quelle: BUCHER 1997)	26
Karte II-12:	Detaillanalysen zur Topologie der Altersstruktur in den Gemeinden Thüringens 1999	28
Karte II-13:	Topologie des Seniorenaltersstruktur-Maß (SAS-Maß) der Gemeinden in Thüringen 1999	28
Karte II-14:	Detaillanalysen zur Topologie des Pflegepotentials am 31.12.1997 nach Gemeinden	29
Karte II-15:	Topologie der Gebäude- und Wohnraumstruktur in Thüringen 1999	32
Karte II-16:	Detaillanalysen zur Topologie des Lebensunterhalts und der Sozialhilfe in Thüringen 1999	32
Karte II-17:	Arbeitslosigkeit im Dezember 2000 in Thüringen (Basis: Arbeitslose in den Gemeinde)	33
Karte II-18:	Detaillanalysen zur Topologie der Arbeitslosigkeit in Thüringen im Dezember 2000	33
Karte II-19:	Detaillanalysen zur Topologie der Bevölkerungsentwicklung 1989-2000 in Thüringen	36
Karte II-20:	Detaillanalysen zur Topologie der natürlichen und räumlichen Bevölkerungsbewegung in den Landkreisen und kreisfreien Städten Thüringens 1999	36
Karte II-21:	Veränderungsraten der Einwohner, Senioren und Hochbetagten bis zum Jahr 2020 in den Landkreisen und kreisfreien Städten	39
Karte II-22:	Topologie der räumlichen Bevölkerungsentwicklung, Alterung und Bevölkerungsdynamik insgesamt bis 2015 (Quelle BBR-Prognose: BUCHER 1997)	40
Karte II-23:	Visueller Vergleich der vier Auswahlvarianten in den Jahren 1991, 2020, 2060 und 2100 nach BIRG (1 Punkt entspricht je 2.000 Einwohnern)	44
Karte II-24:	Topologie ausgewählter standardisierter Einflussindikatoren [EI]	48
Karte III-1:	Veränderungen in der teilstationären und stationären Pflegeinfrastruktur seit 1994 nach Bestand in den Landespflegeplänen	53
Karte III-2:	Standorte stationärer und teilstationärer Pflegeeinrichtungen – Entwicklung bis 1999	53
Karte III-3:	Standorte der stationären und teilstationären Pflegeinfrastruktur nach Bauart des Gebäudes	54
Karte III-4:	Standorte der stationären und teilstationären Pflegeinfrastruktur nach Art und Status des Trägers	54
Karte III-5:	3. Thüringer Landespflegeplan - Standorte und regionale Verteilung der Pflegeeinrichtungen	55
Karte III-6:	Topologie der Altersstruktur (Anteil der Hochbetagten an den vollstationären Bewohnern) nach regionaler Herkunft der Bewohner am 30.06.1999	62
Karte III-7:	Topologie des Durchschnittsalters der vollstationären Bewohner nach regionaler Herkunft der Bewohner am 30.06.1999	62
Karte III-8:	Topologie des Durchschnittsalters der neuen vollstationären Bewohner (Einzüge) im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 nach regionaler Herkunft der Einzüge	63
Karte III-9:	Topologie des Pflegegrads der Pflegebedürftigkeit (Anteil Pflegestufe 3) nach regionaler Herkunft der vollstationären Einzüge im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999	63
Karte III-10:	Größenordnung des Zuzugs Pflegebedürftiger nach Bundesländern am 30.06.1999	65
Karte III-11:	Bisherige Pflegedauer am 30.06.1999 der vollstationären Bewohner in Monaten nach regionaler Herkunft (PLZ5 Heimatregion der Bewohner)	67
Karte III-12:	Regionaler Versorgungsgrad und Einrichtungsgröße im 3. Thüringer Landespflegeplan	68

Karte III-13: Beschäftigtenstruktur nach Beschäftigungsumfang in ambulanten Pflegediensten Anfang 2001	71
Karte III-14: Alle dokumentierten ambulanten Pflegedienste nach Träger der Einrichtung	71
Karte III-15: Topologische Strukturzusammenhänge ambulanter Pflegedienste 2000	72
Karte III-16: Struktur der Plätze in Alteinrichtungen und Versorgungsgrad im Bundesvergleich zum 30.06.1997 (Heimstatistik lt. HeimG)	77
Karte III-17: Bundesvergleich ausgewählter Ergebnisse der amtlichen Pflegestatistik 1999	78
Karte III-18: Topologie der stationären Pflegeplatzbedarfsentwicklung in den Kreisen Thüringens bis 2020	79

Nachweis der Tabellen

Seite

Tab. 2-1: Zunahme des Bevölkerungsanteils in der Bundesrepublik Deutschland von 1950 bis 1985	8
Tab. 2-2: Synopsis der Annahmen und Ergebnisse für das Jahr 2050 ausgewählter Modellrechnungen zur Bevölkerungsentwicklung in Deutschland	12
Tab. 2-3: UNO-Bevölkerungsszenarien für Deutschland mit der Basis 1995	13
Tab. 2-4: Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnungen im Vergleich	14
Tab. 2-5: Versorgungsgrad der komplexen Betreuung der Bürger im höheren Lebensalter in der DDR	20
Tab. 2-6: Pflegebedürftige in Deutschland zum Jahresende 1999	30
Tab. 2-7: Beurteilung über die Einrichtung der Pflegeversicherung (in Prozent)	32
Tab. 3-1: Aufbau und Systematik der Indikatortabellen [EI], [PLI] und [IMP]	77
Tab. 4-1: Bevölkerungsstruktur und -verteilung am 31.12.1999 nach IFR-Gebietskategorien	88
Tab. 4-2: Demographische Struktur 1999 nach Gemeindegrößengruppen	90
Tab. 4-3: Deskription des Seniorenanteils	94
Tab. 4-4: Auszug aus der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung für den Freistaat Thüringen	109
Tab. 4-5: Faktorenanalyse der Auswahlindikatoren [EI-Auswahl]	120
Tab. 5-1: Pflegeinfrastruktur nach Standort (Gebietskategorien und zentrale Orte)	131
Tab. 5-2: Standort der Einrichtungen im 4. Landespflegeplan innerhalb der Gemeinden	131
Tab. 5-3: Sonderinvestitionsprogramm des Bundes nach Artikel 52 PflegeVG in Thüringen	137
Tab. 5-4: Trägerstruktur nach Anteil genehmigter Plätze zum 01.03.2001	139
Tab. 5-5: Plausibilitätskontrolle der ambulanten Pflegeleistungsempfänger der AOK Thüringen	171
Tab. 5-6: Faktorenanalyse der Auswahlindikatoren zur Pflegelandschaft [PLI-Auswahl]	184
Tab. 6-1: Korrelationskoeffizientenmatrix der standardisierten Einfluss- und Pflegelandschaftsindikatoren des Pflegemodells [IMP]	198
Tab. 6-2: Charakterisierung der Faktoren des gesamten Pflegemodells [IMP-Faktor]	199
Tab. 6-3: Faktorenanalyse des gesamten Indikatorenmodells Pflege [IMP-Faktor]	201

Anlagenband

A-

Tab. I-1: Anforderungen und Zeitbedarf der häuslichen Pflege nach Grad der Pflegebedürftigkeit	2
Tab. I-1: Übersicht der wichtigsten Zeitkorridore zur Pflegebegutachtung	3
Tab. I-2: Definition der Pflegeziele im SGB XI	3
Tab. I-3: Übersicht über Leistungen der Pflegeversicherung in EUR	5
Tab. I-4: Übersicht zu Förderprogrammen in Thüringen (Pflege, Altenhilfe und behinderte Menschen)	6
Tab. II-1: Deskription zur Bevölkerungsdichte der Gemeinden Thüringens 1989 bis 2000	17
Tab. II-2: Demographische Struktur 1999 nach Gemeindetypen (Schwellenwerte der Bevölkerungsdichte)	17
Tab. II-3: Deskription der Siedlungs- und Verkehrsfläche sowie Siedlungs- und Bevölkerungsdichte 1993	17
Tab. II-4: Demographische Struktur 1999 nach Agrar- und Reiseregionen	19
Tab. II-5: Konsequenzen der Struktur Anpassungen vom Gebietsstand 1994 auf 1999	21
Tab. II-6: Altersstruktur der Außenwanderung Deutschlands 1991 bis 1997	24
Tab. II-7: Ost-West-Vergleich der räumlichen Bevölkerungsentwicklung seit 1990	26
Tab. II-8: Altersstruktur der Einwohner und Senioren in Thüringen nach Kreisen am 31.12.1999	27
Tab. II-9: Bevölkerungsentwicklung mit Binnenwanderungen aber ohne Außenwanderungen – Variante 26 nach BIRG (in Tsd.)	42
Tab. II-10: Bevölkerungsentwicklung mit Binnenwanderungen und Außenwanderungen – Variante 1, 29 und 34 nach BIRG (Tsd.)	42
Tab. II-11: Bevölkerungsentwicklung mit Binnenwanderungen, Außenwanderungen und alternative Fertilitätsraten nach BIRG (Tsd.)	42
Tab. II-12: Gesamter Indikatorenkatalog der 108 Einflussindikatoren [EI-Basis]	45
Tab. II-13: Faktorenanalyse der gesamten 86 Basisindikatoren [EI-Basis]	49
Tab. II-14: Detail-Faktorenanalyse demographischer Einflussindikatoren [EI-Basis]	50
Tab. II-15: Detail-Faktorenanalyse sozialstruktureller Einflussindikatoren [EI-Basis]	50
Tab. II-16: Detail-Faktorenanalyse raumstruktureller Einflussindikatoren [EI-Basis]	50
Tab. II-17: Indikatorenzugehörigkeit zu Clustern	51
Tab. II-18: Basis der 108 Einflussindikatoren [EI-Basis]	52
Tab. II-19: Einflussindikatoren [EI-Auswahl], Faktoren- und Clusteranalysen	52
Tab. II-20: Bewertungsmatrix der Clusterergebnisse [EI]	52
Tab. III-1: Versorgungsgrad und Inanspruchnahme im 4. Thüringer Landespflegeplan	68
Tab. III-2: Struktur ambulanter Pflegedienste nach Zentralörtlichkeit in Thüringen	70
Tab. III-3: Struktur ambulanter Pflegedienste nach Gebietskategorien in Thüringen	70
Tab. III-4: Struktur ambulanter Pflegedienste nach Trägerstatus in Thüringen	70
Tab. III-5: Entwicklung des stationären Pflegeplatzbedarfs in Thüringen 2000 bis 2050	79
Tab. III-6: Gesamter Indikatorenkatalog der Pflegelandschaft Thüringen [PLI-Basis]	80
Tab. III-7: Dimensionsreduzierende Faktorenanalyse der Pflegebedürftigenstruktur Teil 1	86
Tab. III-8: Dimensionsreduzierende Faktorenanalyse der Pflegebedürftigenstruktur Teil 2	86
Tab. III-9: Dimensionsreduzierende Faktorenanalyse der Pflegeinfrastrukturindikatoren	87
Tab. III-10: Dimensionsreduzierende Faktorenanalyse der Versorgungs- und Inanspruchnahmeindikatoren	87
Tab. III-11: Dimensionsreduzierende Faktorenanalyse der Pflegelandschaft insgesamt	88
Tab. III-12: Basis der Pflegelandschaftsindikatoren [PLI-Basis]	88
Tab. III-13: Auswahlindikatoren der Pflegelandschaft Thüringens [PLI-Auswahl]	88
Tab. III-14: Korrelationsanalyse der Pflegeindikatorenauswahl [PLI-Auswahl]	89
Tab. III-15: Bewertungsmatrix der Clusterergebnisse [PLI-Auswahl]	90
Tab. III-16: Indikatorenmodell Pflege [IMP], Faktoren- und Clusteranalysen	91
Tab. III-17: Bewertungsmatrix der Clusteranalysen [IMP]	92

Erklärung

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen oder Hilfsmittel benutzt habe.

Die Stellen, die dem Wortlaut oder Sinn nach anderen Werken entnommen worden sind, habe ich unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten, Methoden und Konzepte sind unter Angabe der Quelle unmissverständlich gekennzeichnet.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Weimar, 23.11.2003

Anlagenband und Datenhandbuch zur Pflegelandschaft Thüringen

Anlage I - Allgemeines

Anlage II - Demographie und Raumstruktur

Anlage III - Pflegelandschaft



**TYPOLOGIE UND TOPOLOGIE
DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT
UND -INFRASTRUKTUR IM
FREISTAAT THÜRINGEN**

Dissertation Oliver Christian Zobel

Anlage I ALLGEMEINES

I - 1 Die soziale Pflegeversicherung

I - 1.1 Der versicherungspflichtige Personenkreis (§ 20 ff. SGB XI)

Die Pflegeversicherung ist als soziale und private Pflichtversicherung konzipiert. Versicherungspflichtig in der sozialen Pflegeversicherung³²⁴ sind die versicherungspflichtigen Mitglieder und die freiwillig Versicherten der gesetzlichen Krankenkasse (§ 20 SGB XI). Privat krankenversicherte Personen sind zum Abschluss einer privaten Pflegeversicherung verpflichtet (§ 23 SGB XI). Die Zuordnung der Versicherten orientiert sich an dem Grundsatz „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“.³²⁵ Durch die Versicherungspflicht ist nahezu die gesamte im Bundesgebiet wohnhafte Bevölkerung versichert. Nicht pflegeversichert sind nur die rd. 320.000 Bundesbürger, die keiner Krankenversicherung angehören.³²⁶ Versichert sind neben dem Mitglied auch der Ehegatte, sofern keine eigene Versicherung vorliegt, und die Kinder (§ 25 SGB XI).

I - 1.2 Leistungsberechtigter Personenkreis (§ 14 ff. SGB XI) / Begriff Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind solche Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (§14 Abs. 1 SGB XI). Das zentrale Kriterium für die Pflegebedürftigkeit ist nach dieser Definition die Hilflosigkeit des Pflegebedürftigen für die gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens. Nicht nur Schwer- und Schwerstpflegebedürftige gelten als leistungsberechtigt, sondern auch Personen, die in erheblichem Maße pflegebedürftig sind. Weiter setzt diese Definition voraus, dass die Hilfebedürftigkeit auf Dauer, d.h. mindestens für sechs Monate vorliegt.

Die Pflegeversicherung soll gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung ausgleichen und bewältigen helfen. Die Hilfeleistung besteht darin, einen Menschen bei den Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens zu unterstützen, die Verrichtungen ganz/teilweise zu übernehmen oder ihn dabei zu beaufsichtigen und anzuleiten. Ziel der Hilfe ist es, soweit wie möglich die eigenständige Übernahme der Verrichtungen durch die pflegebedürftige Person zu erreichen. Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind:³²⁷

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung;
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung;
3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An-/Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung;
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Der Gesetzgeber hat dabei ausdrücklich die nicht gewollte Öffnung des Pflegebegriffes im SGB XI festgeschrieben und schließt die Berücksichtigung von Tätigkeiten und Hilfeleistungen, die nicht in § 14 Abs. 4 SGB XI aufgezählten Verrichtungen zuzurechnen sind, oder einer nicht verrichtungsbezogenen allgemeinen Anleitung und Beaufsichtigung bei anderen Alltagshandlungen dienen, aus.

I - 1.3 Grad der Pflegebedürftigkeit (§ 15 SGB XI) / Pflegestufen

Die Leistungen der Pflegeversicherung richten sich nach dem Ausmaß der Pflegebedürftigkeit und werden in folgende drei Stufen unterteilt (§ 15 I SGB XI):

³²⁴ „Soziale Pflegeversicherung“ (SPV) und „Gesetzliche Pflegeversicherung“ (GPV) meinen dasselbe.

³²⁵ Vgl. BUNDESREGIERUNG: Koalitionsentwurf Pflegeversicherungs-Gesetz (PflegeVG) vom 24. Juni 1993, BT-Drs. 12/5262, S. 2.

³²⁶ Vgl. MEYER, J. A.: Der Weg zur Pflegeversicherung. Positionen - Akteure - Politikprozesse, Frankfurt a.M. 1996, S. 103.

³²⁷ Abschließend im § 14 Abs. 4 SGB XI aufgezählt.

- **Pflegestufe 1 (erheblich Pflegebedürftige):** Pflegebedürftige der Pflegestufe 1 sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Zeitaufwand muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen.
- **Pflegestufe 2 (Schwerpflegebedürftige):** Pflegebedürftige der Pflegestufe 2 sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen in der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Zeitaufwand muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen.
- **Pflegestufe 3 (Schwerstpflegebedürftige):** Pflegebedürftige der Pflegestufe 3 sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen in der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Zeitaufwand muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen.
- **Härtefall (Pflegestufe 3 mit zusätzlichen Pflegesachleistungen):** Gemäß § 36 Abs. 4 SGB XI können die Pflegekassen in besonders gelagerten Einzelfällen zur Vermeidung von Härtefällen, z.B. wenn im Endstadium von Krebserkrankungen regelmäßig mehrfach auch in der Nacht Hilfe geleistet werden muss, zusätzliche Pflegesachleistungen gewähren.

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt auf Antrag des Pflegebedürftigen bei der Pflegekasse durch den Medizinischen Dienst (§ 18 SGB XI). Dieser erstellt auch einen individuellen Pflegeplan. Die Zuordnung zu den jeweiligen Pflegestufen richtet sich nach dem Pflegebedarf.³²⁸ Die Einstufung ist maßgeblich für die Höhe der gewährten Leistungen. Personen, die die Anforderungen der Pflegestufe 1 nicht erfüllen werden in die sogenannte Pflegestufe 0 eingestuft. Sie erhalten keine Leistungen der Pflegeversicherung.

Tab. I-1: Anforderungen und Zeitbedarf der häuslichen Pflege nach Grad der Pflegebedürftigkeit

Pflegestufe	- 1 -	- 2 -	- 3 -	Härtefall
Mindestzeitbedarf in Minuten pro Tag	> 90 Min.	> 180 Min.	> 270 Min.	> 420 Min.
Bedingungen des Hilfebedarfs	bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität <u>mindestens einmal täglich</u> mit mindestens zwei Verrichtungen aus einem der drei oben genannten Bereiche	bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität <u>mindestens drei x täglich zu verschiedenen Tageszeiten</u>	bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität <u>täglich rund um die Uhr, auch regelmäßig nachts</u>	bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität <u>täglich rund um die Uhr, auch regelmäßig nachts; nachts mindestens 120 Minuten</u>
max. Zeitanteil der Hauswirtschaft	44 Minuten	60 Minuten	60 Minuten	60 Minuten
mögliche Pflegeperson(en)	'Laie'+Fachkraft	'Laie'+Fachkraft	'Laie'+Fachkraft	nur Pflegefachkraft

(eigene Darstellung)

I - 1.4 Begutachtungsverfahren und Einstufung durch den MDK

Eine zentrale Rolle bei der Umsetzung der Pflegeversicherung kommt dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zu. Er zeichnet dafür verantwortlich, dass eine bundeseinheitliche Einstufung und damit Leistungsgewährung durch die Pflegeversicherung an die Antragssteller auf Pflege und Hilfe gewährleistet wird.

Seit Einführung der Pflegeversicherung bis Ende 1999 hat der MDK insgesamt 7,5 Mio. Pflegebegutachtungen durchgeführt, davon entfielen 5,84 Mio. auf die ambulante Pflege, 1,5 Mio. auf die stationäre Pflege und 0,17 Mio. auf Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe. Auf eine genaue Differenzierung nach Erstbegutachtungen³²⁹, Folge/ Wiederholungsbegutachtung-

³²⁸ Die genannten Zeitwerte bemessen sich nach der „Laienpflege“. Gemeint ist der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson, für die erforderlichen Hilfeleistungen benötigt.

³²⁹ Erstmalige Begutachtung von Antragstellern auf Leistungen der Pflegeversicherung sowie die Begutachtungen, bei denen in der vorherigen Begutachtung keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes festgestellt wurde.

gen³³⁰ oder Widerspruchsbegutachtungen³³¹ soll nicht eingegangen werden. Von Interesse ist die Statistik des MDK jedoch für Abschätzung von zwar subjektiv auf Pflege und Hilfe angewiesenen Personen, die jedoch nicht im Sinne des SGB XI leistungsberechtigt sind.

Hier wird deutlich, dass ein Personenkreis von 31.8% als nicht pflegebedürftig eingestuft wurde, es sich jedoch mit großer Sicherheit um Personen und deren Angehörigen handelt, die mit der Herausforderung Hilfe und Pflege zu erhalten oder leisten zu müssen konfrontiert sind. Die Größenordnung verdeutlicht die Tragweite des Problems weit über die statistisch erfassten Zahlen hinaus.

Der hohe Anteil der Pflegestufe 1 erklärt sich aus dem Tatbestand der Erstbegutachtung, die auf Antrag des Versicherten naturgemäß mit Einsetzen bzw. dem Erkennen eines Pflege- und Hilfebedarfs einhergeht. Gleichzeitig ist anzunehmen, dass eine größere Personenzahl erst mit deutlicher Verzögerung eine Begutachtung beantragt und daher in eine höhere Pflegestufe eingeordnet wird (Hinauszögern des persönlichen Eingestehens pflegebedürftig zu sein).

Für die Pflegebegutachtungsrichtlinien des MDK wurden Zeitorientierungswerte („Zeitkorridore“) entwickelt, um eine gleiche Ausgangsbasis zugrunde zu legen und Unterschiede in der Begutachtung zu vermeiden. Die Zeitkorridore sind keine verbindlichen Vorgaben (aber Abweichungen müssen im einzelnen begründet werden). Die Zeiten beziehen sich auf die Laienpflege. Da der Personenkreis z.B. der psychisch Kranken und der geistig Behinderten besonders berücksichtigt werden soll und davon auszugehen ist, dass bei den meisten Verrichtungen eine Überschreitung der Zeitkorridore zu erwarten ist, wird ein sogenannter allgemeiner Erschwernisfaktor hinzugerechnet.

Tab. I-1: Übersicht der wichtigsten Zeitkorridore zur Pflegebegutachtung

1. Körperpflege	2. Ernährung
Waschen	Mundgerechtes Zubereiten einer Hauptmahlzeit 2 bis 3 Min. (ohne Kochen oder Eindecken des Tisches)
Ganzkörperwäsche 20 bis 25 Min.	Essen von Hauptmahlzeiten inkl. Trinken 15 bis 20 Min.
Teilwäsche Oberkörper 8 bis 10 Min.	
Teilwäsche Unterkörper 12 bis 15 Min.	
Teilwäsche Hände/Gesicht 1 bis 2 Min.	3. Mobilität
Duschen 15 bis 20 Min.	Selbständiges Aufstehen und Zubettgehen 3 Min
Baden 20 bis 25 Min.	Einfache Hilfe zum Aufstehen/zu Bett gehen 1 bis 2 Min.
Zahnpflege 5 Min.	Umlagern 2 bis 3 Min.
Kämmen 1 bis 3 Min.	An- und Auskleiden
Rasieren 5 bis 10 Min.	Ankleiden gesamt 8 bis 10 Min.
Darm und Blasenentleerung	Ankleiden Oberkörper/Unterkörper 5 bis 6 Min.
Wasserlassen (inkl. Intimhygiene) 2 bis 3 Min.	Entkleiden gesamt 4 bis 6 Min.
Stuhlgang (inkl. Intimhygiene) 3 bis 6 Min.	Entkleiden Oberkörper/Unterkörper 2 bis 3 Min.
Richten der Bekleidung 2 Min.	Gehen (Wegstrecken im Rahmen der Verrichtungen) tatsächlich erforderliche Zeit
Wechseln von Windeln nach Wasserlassen 4 bis 6 Min.	Stehen (Transfers z.B. auf einen Rollstuhl/
Wechseln von Windeln nach Stuhlgang 7 bis 10 Min.	Toilettenstuhl/Toilette/Badewanne/Duschtasse) je 1 Min.
Wechsel kleiner Vorlagen 1 bis 2 Min.	Treppensteigen tatsächlich erforderliche Zeit
Wechseln/Entleeren des Urinbeutels 2 bis 3 Min.	Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung tatsächlich erforderliche Zeit
Wechseln/Entleeren des Stomabeutels 3 bis 4 Min.	4. Hauswirtschaftliche Verrichtungen
	tatsächlich erforderliche Zeit

(eigene Darstellung)

I - 1.5 Pflegeziele im SGB XI

Tab. I-2: Definition der Pflegeziele im SGB XI

Pflegeziel	SGB XI Vorschrift (Titel)
Möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben, das der Würde des Menschen entspricht	§ 2 Abs. 1 (Selbstbestimmung)
Auf religiöse Bedürfnisse Rücksicht nehmen	§ 2 Abs. 1 (Selbstbestimmung)
Angemessene Wünsche sollen bei der Gestaltung der Hilfe möglichst berücksichtigt werden	§ 2 Abs. 2 (Selbstbestimmung)
Unterstützung, damit der Pflegebedürftige möglichst lange in seiner häuslichen Umgebung bleiben kann	§ 3 (Vorrang der häuslichen Pflege)
Ergänzung der familiären, nachbarschaftlichen oder sonstigen ehrenamtlichen Pflege und Betreuung bei häuslicher Pflege	§ 4 (Art und Umfang der Leistungen)
Entlastung von pflegebedingten Aufwendungen bei stationärer Pflege	§ 4 (Art und Umfang der Leistungen)
Aktive Mitwirkung zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit	§ 6 Abs. 1 (Eigenverantwortung)
Mitwirkung des Pflegebedürftigen zur Minderung des Hilfebedarfs durch Rehabilitation und aktivierende Pflege	§ 6 Abs. 2 (Eigenverantwortung)

³³⁰ Da das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit meistens nicht konstant bleibt, sondern sich im Zeitablauf verändert, haben Versicherte die Möglichkeit, eine wiederholte Begutachtung bei ihrer Pflegekasse zu beantragen, wenn sich ihr pflegebegründender Hilfebedarf verändert hat (§ 18 SGB XI regelt, dass die Begutachtung in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen ist).

³³¹ Die Versicherten haben die Möglichkeit, gegen den Leistungsbescheid nach Begutachtung durch den MDK Widerspruch zu erheben.

Unterstützung und Förderung der Bereitschaft zu humaner Pflege und Betreuung durch Angehörige und ehrenamtlich Pflegende	§ 8 (Gemeinsame Verantwortung)
Entwicklung einer neuen Kultur des Helfens	§ 8 (Gemeinsame Verantwortung)
Ausbau und Weiterentwicklung neuer Formen häuslicher und teilstationärer Pflege sowie der Kurzzeitpflege	§ 8 (Gemeinsame Verantwortung)
Humane und aktivierende Pflege durch Pflegekräfte unter Achtung der Würde des Menschen	§ 11 Abs. 1 (Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen)
Pflege entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinischpflegerischer Erkenntnisse	§ 11 Abs. 1 (Rechte und Pflichten der Pflegeeinrichtungen)
Vernetzung der Versorgungsangebote entsprechend den individuellen Erfordernissen	§ 12 Abs. 2 (Aufgaben der Pflegekassen)
Erhalt vorhandener Fähigkeiten, Wiedergewinnung verlorener und Erwerb nicht erlernter Aktivitäten im Ablauf des täglichen Lebens	§ 28 Abs. 4 (Leistungsarten, Grundsätze)
Der Gefahr der Vereinsamung entgegenwirken, Bedürfnis nach Kommunikation berücksichtigen	§ 28 Abs. 4 (Leistungsarten, Grundsätze)
Hilfestellung und Beratung von Pflegepersonen zur Erleichterung und Verbesserung der eigenständigen Pflege	§ 37 Abs. 3 (Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen)
Förderung und Stärkung des sozialen Engagements, Minderung pflegebedingter körperlicher und seelischer Belastungen	§ 45 (Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen)
Vermittlung von Fertigkeiten für eine eigenständige, leichtere und verbesserte Durchführung der Pflege und Betreuung	§ 45 (Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen)

I - 1.6 Leistungen der Pflegeversicherung (§ 36 ff. SGB XI)

Grundsätzlich gilt bei der Leistungsgewährung, dass die häusliche Pflege vor der stationären Pflege Vorrang hat. Entsprechend diesem Ansatz bilden die Leistungen zur Verbesserung der häuslichen Pflege den Schwerpunkt. Daneben gilt der Grundsatz des Rechts auf Selbstbestimmung, das bedeutet, die Leistungen sollen dazu beitragen, dem Pflegebedürftigen ein möglichst selbständiges Leben zu ermöglichen. Darüber hinaus besitzt der Pflegebedürftige ein angemessenes Wahlrecht, auf das Rücksicht zu nehmen ist.

Leistungsberechtigt sind all diejenigen Personen, die im Sinne des SGB XI pflegebedürftig sind. Für den gesamten Leistungsbereich gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot. Die Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein, sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen (§ 29 SGB XI).

Zusätzliche Leistungen der Pflegeversicherung sind:

- **Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI):** Bei Erkrankung, Urlaub oder wichtigen Verhinderungsgründen der Pflegeperson hat der Pflegebedürftige für die Dauer von maximal vier Wochen im Kalenderjahr Anspruch auf eine Pflegevertretung. Voraussetzung ist, dass die Pflegeperson den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Verhinderung mindestens zwölf Monate in seiner häuslichen Umgebung gepflegt hat. Diese Vorschrift trägt der Tatsache Rechnung, dass den Personen bei der Pflege erhebliche Anstrengungen abverlangt werden und viele Pflegepersonen selbst schon älter und nicht mehr gesund sind.
- **Versorgung mit Hilfsmitteln (§ 39 SGB XI):** Zur Erleichterung der Pflege, zur Linderung von Beschwerden und zur Ermöglichung eines selbständigen Lebens, stellen die Pflegekassen bestimmte Pflegehilfsmittel zur Verfügung (z.B. Pflegebetten). Subsidiär können die Pflegekassen auch finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren.
- **Leistungen für Pflegepersonen (§ 44f. SGB XI):** Pflegepersonen nehmen große Belastungen auf sich. Häufig müssen die Pflegenden in der Mehrzahl Frauen auf eine eigene Berufstätigkeit ganz oder teilweise verzichten. Zur verbesserten sozialen Absicherung der Pflegeversicherung sieht daher das Gesetz vor, dass die soziale Pflegeversicherung Beiträge an den zuständigen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung entrichtet. Während ihrer Pflegetätigkeit sind die Pflegepersonen unfallversichert. Wollen sie nach der Pflegetätigkeit wieder ins Arbeitsleben zurückkehren, haben sie Anspruch auf Unterhaltsgeld nach dem Arbeitsförderungsgesetz. Die soziale Pflegeversicherung geht damit über die Maßnahmen hinaus, die mit der Rentenreform 1992 getroffen worden waren. Um das soziale Engagement im Bereich der Pflege zu fördern, werden ferner die Pflegekassen nach § 45 SGB XI verpflichtet, unentgeltlich Pflegekurse für Angehörige und sonstige interessierte Personen anzubieten.

Mit der Euro-Einführung wurden für den Bereich der Pflegeversicherung ab dem 1. Januar 2002 die Leistungsbeträge auf Euro umgestellt. Die Umrechnung der Leistungsbeträge wurde centgenau durchgeführt, das Ergebnis wurde auf den nächsten vollen Euro aufgerundet.

Tab. I-3: Übersicht über Leistungen der Pflegeversicherung in EUR

Leistungsart		Pflegestufe 1 erheblich Pflegebedürftige	Pflegestufe 2 Schwerpflege- bedürftige	Pflegestufe 3 Schwerstpflegebe- dürftige (besondere Härtefälle)
Häusliche/ambulante Pflege	Pflegesachleistung bis EUR monatlich	384	921	1.432 (1.918)
	Pflegegeld EUR monatlich	205	410	665 (1.300)
Pflegevertretung Pflegeaufwendungen für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr bis EUR	durch nahe Angehörige ¹⁾	205	410	665
	durch sonstige Personen	1.432	1.432	1.432
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen bis EUR monatlich	384	921	1.432
Kurzzeitpflege	Pflegeaufwendungen bis EUR im Jahr	1.432	1.432	1.432
Vollstationäre Pflege ²⁾	Pflegeaufwendungen pauschal EUR monatlich	1.023	1.279	1.432 (1.688)
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe		Pflegeaufwendungen in Höhe von 10% des Heimentgelts, höchstens 256 EUR monatlich		
1) Auf Nachweis werden den ehrenamtlichen Pflegepersonen notwendige Aufwendungen (Verdienstausschlag, Fahrkosten usw.) bis zum Gesamtbetrag von 2.800 DM (1.432 EUR) erstattet.				
2) durchschnittlicher Höchstbetrag für stationäre Pflege nach § 43 (2) u. (5) SGB XI 15.339 EUR jährlich.				

(eigene Darstellung)

I - 1.7 Finanzierung (§ 54 ff. SGB XI) und Ausgabenstruktur

Der Gesetzlichen Pflegeversicherung liegt wie anderen Sozialversicherungen auch das Umlageverfahren zugrunde (beitragsfinanziert). Die Beiträge richten sich nach dem beitragspflichtigen Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze (75% der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung; § 55 SGB XI). Die Beiträge werden je zur Hälfte vom Arbeitnehmer und Arbeitgeber aufgebracht. Um eine weitere Belastung der Wirtschaft durch eine Steigerung der Lohnzusatzkosten zu vermeiden, wurde die Streichung eines Feiertages, der immer auf einen Wochentag fällt, vereinbart (sogenannte „Kompensationsregelung“). In Ländern, die keinen Feiertag gestrichen haben, trägt der Arbeitnehmer den Beitrag allein. Auch Pflegebedürftige, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, haben Beiträge zu entrichten.

Ab dem 1. Januar 1995 betrug der Beitragssatz 1% der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten. Mit Inkrafttreten der Leistungen für stationäre Pflege am 1. Juli 1996 erhöhte sich der Beitragssatz auf 1,7% des beitragspflichtigen Einkommens (§ 55 SGB XI). Der Beitragssatz wird vom Gesetzgeber bundeseinheitlich festgelegt und kann auch nur vom Gesetzgeber geändert werden.

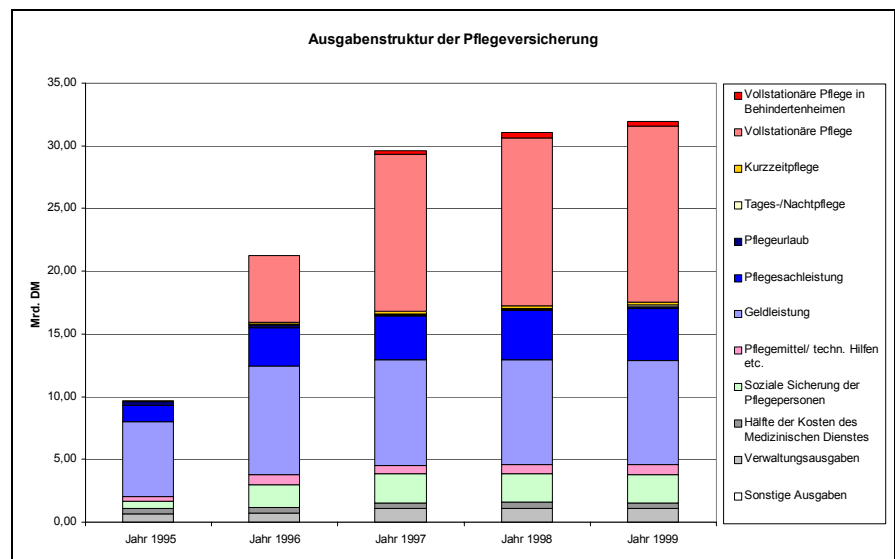


Abb. I-1: Entwicklung der Ausgabenstruktur der Pflegeversicherung

Eine Erhöhung des Beitragssatzes ist allerdings nur bei einer demographisch bedingten Steigerung der Fallzahlen vorgesehen.

I - 1.8 Auswirkungen der Pflegeversicherung im Bereich der Sozialhilfe

Ein wesentliches sozialpolitisches Ziel der Pflegeversicherung war, möglichst viele Sozialhilfeempfänger aus der pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit herauszuführen. Dieses Ziel der Pflegeversicherung ist gegenwärtig gelungen. Viele Pflegebedürftige sind von der Sozialhilfe unabhängig und damit befreit von der Stigmatisierung, dass Alter mit Sozialhilfe gleichzusetzen ist.

Die amtliche Sozialhilfestatistik für die Jahre 1994 bis 1998 zeigt den Rückgang der Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen seit Einführung der Pflegeversicherung um rd. zwei Drittel (Stabilisierung bei rd. 60.000 Empfängern). Das bedeutet, dass weniger als 5% der Bezieher der ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung gegenwärtig noch zusätzliche Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) erhalten.

In der stationären Pflege konnte ebenfalls ein Rückgang der Empfänger von Hilfe zur Pflege festgestellt werden, jedoch nicht in gleicher Größenordnung wie im ambulanten Bereich. Bezogen auf das Jahresende 1995 gab es 1998 im stationären Bereich rd. 130.000 Personen weniger, die auf pflegebedingte Sozialhilfeleistungen angewiesen waren. Dies entspricht einem Rückgang von rd. 44,4%. Der 2. Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung geht davon aus, dass von den Beziehern der stationären Leistungen der Pflegeversicherung weniger als 25% zusätzliche Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz erhalten. Aufgrund der niedrigeren Renten in den neuen Bundesländern ist hier der pflegebedingte Sozialhilfeempfängeranteil jedoch höher.

I - 1.9 Schaffung von Arbeitsplätzen

Dem Beschäftigungseffekt der Pflegeversicherung kommt insbesondere in strukturschwachen Regionen eine große Bedeutung zu. Im 2. Bericht zur Entwicklung der Pflegeversicherung werden bis 1999 insgesamt rd. 150.000 Erwerbstätige als Beschäftigungszuwachs angegeben. Angesichts der demografischen Entwicklung und der Zunahme von Singlehaushalten ist auch in der Zukunft mit einer weiteren Zunahme der Erwerbstätigen im Pflegebereich zu rechnen.

Dem gegenüber steht ein erheblicher Personalmangel in der professionellen Pflege. Nach Darstellung des KDA³³² ist der Bedarf an Fachkräften in der Pflege z.B. in allen Großstädten Nordrhein Westfalens nicht mehr zu befriedigen. Nur in ländlichen Regionen sei die Situation noch etwas ausgeglichener. Die nach der Heimpersonalverordnung vorgesehene Fachkraftquote von 50% im pflegerischen Bereich kann oft wegen des Fachkräftemangels nicht erfüllt werden. Heimträgerverbände und Verbände der Leitungskräfte von Alten- und Behinderteneinrichtungen sprechen von einem deutschlandweiten Mangel an Fachkräften.

Erschwerend kommt hinzu, dass ein überregionaler Wettbewerb um Pflegefachkräfte stattfindet. Deutschlandweit werben insbesondere die alten Bundesländer mit deutlich höheren Gehältern Pflegefachkräfte aus den neuen Bundesländern ab. Aber auch die Nachbarländer werben aktiv auf dem deutschen Arbeitsmarkt um Pflegefachkräfte.

I - 1.10 Thüringer Förderprogramme im Bereich Altenhilfe und Pflege

Tab. I-4: Übersicht zu Förderprogrammen in Thüringen (Pflege, Altenhilfe und behinderte Menschen)

Förderprogramm	Bedingungen	Höhe
Pauschalförderung (S-B08): Instandhaltung, Instandsetzung, Wiederbeschaffung und Ergänzung von Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von bis zu 15 Jahren, in Form von Zuschüssen als Festbetragsfinanzierung. ThürAGPflegeVG (GVBl. S. 97-101) ThürAGPflegeVG-DVO (GVBl. S. 62-66)	Freigemeinnützige, private und kommunale Träger von Alten- und Pflegeeinrichtungen. Voraussetzungen: Die Alten- und Pflegeeinrichtung muss in die Landesplanung aufgenommen sein.	Jahrespauschale je bedarfsgerecht festgeschriebenem Pflegeplatz im Landespflegeplan bei Eigentum der Pflegeeinrichtung: eigenständige teilstationäre Pflegeeinrichtung 818,07 EUR, teilstationäre Pflegeeinrichtung integriert in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung 715,81 EUR, vollstationäre Pflegeeinrichtung 971,45 EUR.
Einzelprojektförderung von Pflegeeinrichtungen (S-B07): Sanierungsmaßnahmen, Ersatz- und Neubauten von teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen. ThürAGPflegeVG (GVBl. S. 97-101) ThürAGPflegeVG-DVO (GVBl. S. 62-66)	Freigemeinnützige, private und kommunale Träger von Alten- und Pflegeeinrichtungen. Voraussetzungen: Das Projekt muss in die Investitionsplanung des Landes aufgenommen sein. Die Antragstellung muss vor Beginn der Maßnahme erfolgen.	Gefördert werden Maßnahmen nach Artikel 52 des Pflegeversicherungsgesetzes: zuwendungsfähige Ausgaben einschl. Umsatzsteuer und Erstausrüstung je Pflegeplatz bis zu: 30.677,51 EUR für den Erwerb, den Neubau oder die Erweiterung einer

³³² Zeitschrift Pro ALTER des Kuratoriums Deutsche Altershilfe

Förderprogramm	Bedingungen	Höhe
		teilstationären Pflegeeinrichtung, 30.677,51 EUR, sofern die teilstationäre Pflegeeinrichtung in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung integriert ist, 76.693,78 EUR für den Erwerb, den Neubau oder die Erweiterung einer vollstationären Pflegeeinrichtung, bei Umbau oder Modernisierung betragen die zuwendungsfähigen Ausgaben höchstens 75%.
Förderung von Kapitaldienst- ten/Schuldendienstlasten (S-B11): Aufwendungen für Zinsen, Tilgungen und Verwaltungskosten bei Darlehen, die zur Finanzierung der Investitionskosten aufgenommen worden sind. ThürAGPflegeVG (GVBl. S. 97-101) ThürAGPflegeVG-DVO (GVBl. S. 62-66)	Freigemeinnützige, private und kommunale Träger von Alten- und Pflegeeinrichtungen. Voraussetzungen: Das Projekt muss in die Landesplanung aufgenommen sein. Der Antragsteller muss: Eigentümer des Grundstücks sein bzw. einen Erbbaurechtsvertrag mit einer Laufzeit von mind. 50 Jahren oder zum Zeitpunkt der Bewilligung einen über mind. 25 Jahre abgeschlossenen Miet-, Pacht- oder Nutzungsvertrag vorlegen.	Zuschüsse zu den laufenden Belastungen oder Ablösung eines Darlehens (je belegter Pflegeplatz mit Pflegebedürftigen nach SGB X, Feststellung der vollstationären Pflege durch die Pflegekassen).
Förderung von Nutzungsentgelten (S-B12): Aufwendungen für Miete, Pacht, Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstigen mittel- und langfristigen abschreibungsfähigen Anlagegütern. ThürAGPflegeVG (GVBl. S. 97-101) ThürAGPflegeVG-DVO (GVBl. S. 62-66)	Freigemeinnützige, private und kommunale Träger von Alten- und Pflegeeinrichtungen. Voraussetzungen: Die Alten- und Pflegeeinrichtung muss in die Landesplanung aufgenommen sein. Der Antragsteller muss: - Eigentümer des Grundstücks sein bzw. - einen Erbbaurechtsvertrag mit einer Laufzeit von mind. 50 Jahren oder - zum Zeitpunkt der Bewilligung einen über mind. 25 Jahre abgeschlossenen Miet-, Pacht- oder Nutzungsvertrag vorlegen.	Zuschüsse für Aufwendungen je belegtem Pflegeplatz mit Pflegebedürftigen nach SGB X (Feststellung der vollstationären Pflege durch die Pflegekassen).
Offene Altenhilfe (S-B06): Maßnahmen der offenen Altenhilfe in Altenberatungsstellen, Altenbegegnungsstätten, Senioren-Büros und Senioren-Clubs u. ä., die innovativen Charakter tragen oder besonders förderwürdig erscheinen. Thüringer Staatsanzeiger 06/1993	Kommunen und freie Träger, die Träger der Einrichtungen sind. Voraussetzungen: Antragstellung vor Beginn der Maßnahme.	Bis zu 70% der zuwendungsfähigen Kosten.
Förderung investiver Vorhaben zur Herrichtung von barrierefreien Wohnungen und zur Schaffung von Kommunikationsstätten für ältere Menschen (S-B05): Wohnungsanpassungsmaßnahmen zur Schaffung von barrierefreiem Wohnraum (keine Einzelwohnungen); Herrichtung von barrierefreien Kommunikationsstätten einschließlich Maßnahmen zu deren Ausstattung. Thüringer Staatsanzeiger 31/1994 Überarbeitung der Richtlinie beabsichtigt.	- Natürliche und juristische Personen des privaten und öffentlichen Rechts, soweit sie die erforderliche Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit besitzen, - für die Herrichtung der Kommunikationsstätten freie und kommunale Träger der Altenhilfe. Voraussetzungen: Gefördert werden kann: - wenn die Maßnahmen vor allem der Entflechtung und Entlastung von Altenheimen dienen und nicht mehr benötigte Pflegeplätze in Wohnformen umgewandelt werden, - Maßnahmen, die der qualitativen Aufwertung des Wohnungsbestandes für ältere Bürger dienen, - wenn die förderfähigen Ausgaben bei Bauvorhaben 30.677,51 EUR, bei Ausstattungsvorhaben 5.112,92 EUR übersteigen. Neben den Bauunterlagen und dem Finanzierungsplan ist eine Stellungnahme des örtlichen Sozialhilfeträgers beizufügen aus der hervorgeht, dass das Vorhaben in der örtlichen Sozial- und Altenhilfeplanung berücksichtigt ist und bei Kommunikationsstätten die Regelfinanzierung (laufende Sach- und Personalkosten) gewährleistet ist.	Die Landeszuwendung beträgt bis zu 75% der zuwendungsfähigen Ausgaben. Mit der Landeszuwendung muss die Gesamtfinanzierung gesichert sein. Die Bewilligung erfolgt als Projektförderung und darf nicht zu einer Mietpreiserhöhung führen.
DtA-Sozialprogramm (S-B13): Die Finanzierung von Sachinvestitionen im sozialen Bereich: Altenhilfe, Gesundheit, Behindertenhilfe, Kinder- und Jugendhilfe sowie sonstige soziale Bereiche.	An dieser Stelle ist nur der Förderzweck veröffentlicht	
Förderung nicht investiver sozialer Projekte - Betreutes Wohnen für Menschen mit Behinderung und Suchtkranke (S-G09): Menschen mit Behinderungen und Suchtkranke, die nicht vollstationär betreut werden, sollen in Form des Betreuten Wohnens kontinuierlich	Freigemeinnützige Träger. Voraussetzungen: Gefördert werden kann: wenn eine Leistungsvereinbarung gem. § 93 Abs. 2 BSHG zwischen dem örtlichen Träger der Sozialhilfe und dem Projektträger des Betreuten Wohnens getroffen wird,	Die Zuwendung erfolgt als Projektförderung im Wege der Anteilfinanzierung. Es werden Ausgaben für Fachpersonal, laufende sowie einmalige Sachausgaben sowie Ausgaben für Fortbildung und Supervision gefördert.

Förderprogramm	Bedingungen	Höhe
<p>che Hilfe zur Selbsthilfe erfahren und die Möglichkeit der Intervention des Fachpersonals in akuten Problemsituationen ermöglichen. Es findet entweder in Wohngemeinschaften oder bei Behinderten auch in der Form des betreuten Einzelwohnens statt und dient der Erlangung einer völlig - oder dem Erhalt einer weitgehend - selbstständigen Lebensführung. Thüringer Staatsanzeiger 07/2002</p>	<p>wenn die Gesamtfinanzierung des Projektes gesichert ist, wenn die Träger des Betreuten Wohnens partnerschaftlich mit den im Einzugsgebiet liegenden Betreuungseinrichtungen für Menschen mit Behinderungen und Suchtkranken, dem örtlichen Sozialhilfeträger und den anderen ambulanten sozialen Hilfsdiensten zusammenarbeiten..</p>	<p>Zuwendungsfähige Sachkosten werden bis zu einem Höchstbetrag von 7.500,- EUR gefördert. Die zuwendungsfähigen laufenden sowie einmaligen Sachausgaben sind der Richtlinie zu entnehmen. Die Beteiligung des Landes beträgt i. d. R. bis zu 50% der zuwendungsfähigen Ausgaben, wobei der Finanzierungsanteil der Kommunen hierbei nicht überschritten werden darf.</p>
<p>Förderung nichtinvestiver sozialer Projekte zur Durchführung des betreuten Wohnens für Menschen mit Behinderungen und Suchtkranke (S-B02): Menschen mit Behinderung und Suchtkranke, die nicht vollstationär betreut werden, erhalten in Form des betreuten Wohnens kontinuierlich Hilfe zur Selbsthilfe; in Wohngemeinschaften oder bei Behinderten auch in der Form des betreuten Einzelwohnens. Als Bestandteil der sozialen Rehabilitation zielt die Förderung vor allem auf die soziale und berufliche Eingliederung ab. Thüringer Staatsanzeiger 14/2001 Überarbeitung der Richtlinie beabsichtigt.</p>	<p>Freigemeinnützige Träger. Voraussetzungen: Gefördert werden kann: - wenn für die Förderung eine Leistungsvereinbarung gem. § 93 Abs. 2 BSHG zwischen dem örtlichen Träger der Sozialhilfe und dem Projektträger des betreuten Wohnens geschlossen wurde, - wenn die Gesamtfinanzierung des Projektes gesichert ist, - wenn ein Kosten- und Finanzierungsplan sowie eine inhaltliche Konzeption für das Projekt vorliegt, - wenn eine Stellungnahme des örtlichen Sozialhilfeträgers abgegeben wurde, - wenn nur oder bevorzugt Personen aus Thüringen berücksichtigt werden. Das Projekt muss sich nach dem tatsächlichen Bedarf richten und entsprechende Angebote anderer Träger berücksichtigen. Die weiteren Voraussetzungen zur Betreuungsaufnahme, zu -umfang und -personal sind der Richtlinie zu entnehmen. Zielgruppe: Körper-, Geistig-, Sinnes- und Mehrfachbehinderte sowie Menschen mit seelischen Behinderungen und Suchtkranke, soweit sie nicht nach § 35a des VIII. Buches Sozialgesetzbuch gefördert werden.</p>	<p>Die Zuwendung erfolgt als Projektförderung im Wege der Fehlbedarfsfinanzierung. Zuwendungsfähige Sachkosten werden bis zu einem Höchstbetrag von 7.500,- EUR gefördert. Die Beteiligung des Landes beträgt bis zu 50% der zuwendungsfähigen Ausgaben, wobei der Finanzierungsanteil der Kommunen hierbei nicht überschritten werden darf. I. Ausgaben für Fachpersonal: - sind die Bruttopersonalausgaben auf der Grundlage BAT-O (Bund/Land) oder vergleichbarer Vereinbarungen des Trägers, - Ausgaben für Fortbildung und Supervision, II. laufende Sachausgaben: - personenbezogene Sachkosten lt. Richtlinie bis höchstens 10% der Bruttoausgaben für die einzelne Fachkraft, - Fahrkosten sind nur im Rahmen des Thüringer Reisekostengesetzes förderungsfähig, - anteilmäßige, trägerbezogene Regiekosten bis zu höchstens 10% der Bruttopersonalkosten je Fachkraft, III. einmalige Sachausgaben: - Ausgaben für die Einrichtung des Beratungszimmers, - Einrichtungsgegenstände für die Erstausrüstung für Wohnungen betreuter Lebensgemeinschaften.</p>
<p>Förderung nichtinvestiver sozialer Maßnahmen zur Durchführung familienentlastender Dienste (FED) in Thüringen (S-B03): Stunden- oder tagweise Betreuung von Behinderten, Wochenendbetreuung von Behinderten, Unterstützung von Angehörigen Behinderter bei der Haushaltsführung, Eltern- und Selbsthilfegruppen, ambulante Freizeitangebote für Angehörige mit Behinderten, Beratung und Begleitung von Angehörigen (z. B. zu Behörden), Eltern- und Selbsthilfegruppeninitiativen. Thüringer Staatsanzeiger 49/1996</p>	<p>- Wohlfahrtsverbände, - freigemeinnützige Träger, soweit sie einem Verband der freien Wohlfahrtspflege angehören, - Kirchengemeinden oder -verbände. Voraussetzungen: Gefördert werden kann: wenn die Hilfeleistungen dem jeweiligen individuellen Bedarf entsprechen und familiennah und verlässlich abrufbar sind. Förderfähig sind Personal- und Sachausgaben, Ausgaben für Telefon, Mieten, Einrichtungsgegenstände, Energiekosten.</p>	<p>Die Zuwendung ist ein nichtrückzahlbarer Zuschuss und wird nur nachrangig gewährt. Die Gesamtfinanzierung darf 100% der zuwendungsfähigen Ausgaben nicht übersteigen. - Zuschuss zu den förderfähigen Personalkosten für einen festangestellten Mitarbeiter bis zu 60%, - Zuschuss zu den förderfähigen Sachkosten bis zu einem Höchstbetrag von 5.000,- EUR, - für weitere festangestellte Mitarbeiter können insgesamt nur Fördermittel bis zu 60% einer Kraft (Vgr. Vb BAT-O, 35 Jahre, verheiratet, 2 Kinder) bewilligt werden. Der FED-Träger hat einen mind. 10%-igen Eigenanteil nachzuweisen, der ganz oder teilweise durch von den auftraggebenden Angehörigen gezahlte Entgelte sowie Spendenmittel gedeckt sein kann.</p>

Quelle: Förderprogramme in Thüringen: <http://foerderbuch-thueringen.tiaw.de/index.htm>, Stand 31.05.02

I - 2 Datenanalyse und Statistik

Der statistische und datenanalytische Methodenkatalog erfährt auch durch die Möglichkeiten der elektronischen Datenverarbeitung einen stetigen Wandel und Methodenmix. Für die vorliegende Arbeit ist es daher notwendig, neben der generellen explorativen Einordnung (s. Abschnitt 3.2) zentrale Definitionen und Methoden zu benennen und Möglichkeiten sowie Grenzen kurz zu skizzieren.

Die **Explorative Statistik** hat sich seit TUKEY³³³ in den letzten dreißig Jahren als eigenständige Form der Datenanalyse herauskristallisiert, auch wenn sie oft noch der herkömmlichen deskriptiven Statistik zugeordnet wird (vgl. PRECHT 1999: 5 und 55).³³⁴ Die Explorative Statistik beschäftigt sich vor allem mit der genauen Inspektion von Daten, um Auffälligkeiten auf die Spur zu kommen, die Hinweise auf mögliche Datenstrukturen und Zusammenhänge liefern. Auch die Aufdeckung von Datenwerten, die auf Fehler oder außergewöhnliche Einflüsse hindeuten sowie die einfache zusammenfassende Beschreibungen der entdeckten Phänomene, gehört zum Aufgabengebiet der Explorativen Statistik. Sie bedient sich dabei vielfach grafischer Mittel. Explorative Methoden werden daher auch als hypothesenerzeugende Methoden bezeichnet (PRECHT 1999: 55). Im Gegensatz dazu wird die schließende (konfirmatorische) Statistik auch als hypothesenbestätigende Methode bezeichnet, da im Allgemeinen von einem Datenbestand (bei dem es sich in der Regel um eine Stichprobe handelt) auf eine Grundgesamtheit geschlossen werden soll. Die rein deskriptive Datenauswertung wird oft auch als „Datenreduktion“ zur Vereinfachung ein- oder mehrdimensionale Datenbestände durch einfachere (im Sinne von: die Zahl der Zahlenwerte reduzierende) Kennwerte verstanden (vgl. BAHRENBURG/GIESE/NIPPER 1990). Diese Unterscheidung unterstreicht, dass die explorative Statistik keine systematischen Bezüge zur schließenden (beurteilenden) Statistik besitzt. Sie ist aber auch kontrovers, da „explorative“ und „konfirmatorische“ Phasen der Datenanalyse im Grunde nicht streng getrennt werden können. Der gesamte Forschungsprozess ist iterativ und somit die Datenanalyse als eine „Subiteration“ zu betrachten, die explorative und konfirmatorische Elemente gleichermaßen umfasst.

Die explorative Statistik und Datenanalyse ist im Verständnis ihres Begründers TUKEY³³³ aber nicht allein und hauptsächlich eine Sammlung von Methoden, sondern zeichnet sich zudem durch eine besondere Einstellung zu den Daten aus: Flexibilität im Umgang mit den Daten und die Betonung graphischer Darstellungsmittel gehören dazu. Wenn in der „Exploration“ die Bedeutung des Anschauens von Daten (looking) herausgehoben wird, so ist das im weitesten Sinne wörtlich zu verstehen. Von konstitutiver Bedeutung ist hierbei die Vorstellung vom interaktiven Prozess der Datenexploration, die in Verbindung mit dem flexiblen Einsatz verschiedener Explorationstechniken neue Einsichten in Datenstrukturen verspricht, die mit den üblichen deskriptiven Analysemethoden nicht (oder zumindest nicht so effektiv) zu erreichen sind.

I - 2.1 Definitionen und Erläuterungen

Variable und Indikator: Es gilt, dass *Variablen* (z.B. Senioren) mit ihren *Werten* (z.B. Anzahl über 65 jähriger) ein *Objekt* (oder Fall: z.B. Landkreis) beschreiben. Mit *Indikator* wird die Zusammenfassung mehrerer Variablen zu einem Messwert verstanden (z.B. Biletter-Maß). In diesem Sinne geben Gliederungszahlen den Anteil an einer endlichen Grundgesamtheit (z.B. Seniorenanteil als Teilmenge der Gesamtbevölkerung), Beziehungszahlen die Dichte je Messeinheit (z.B. Bevölkerungsdichte) und Verursachungszahlen das zahlenmäßige Verhältnis verschiedener Mengen mit logischer Verknüpfung wieder (Geburten pro Frau). Exemplarisch sind zu nennen:

$$\text{Abhängigkeitsquotient (Gesamtlastenquotient):} \quad DR = \frac{P_{0-14} + P_{65+}}{P_{15,64}} * 100$$

$$\text{Anteil des Erwerbspotentials:} \quad E_p = \frac{P_{20,60}}{P_{ges}} * 100$$

$$\text{Altenquotient:} \quad AQ_{60} = \frac{P_{60+}}{P_{20-60}} * 100$$

³³³ TUKEY, J. W.: Exploratory Data Analysis, Reading, MA: Addison & Wesley, 1977.

³³⁴ Ziel der deskriptiven Statistik ist die Charakterisierung eines Ausgangsdatenbestandes durch Maßzahlen (z.B.: Lage- und Streuungsmaße). Mit den vielfältigen Verfahren der grafischen Darstellung von Daten besteht eine Schnittstelle zur explorativen Statistik.

Altenanteil, Altersquotient, Seniorenanteil:
$$SenAnteil_{65+} = \frac{P_{65+}}{P_{ges}} * 100$$

Billeter-Maß:
$$BM = \frac{P_{0,14} - P_{50+}}{P_{15,49}} \text{ oder}$$

$$BM_{(pflege)} = \frac{P_{0,14} - P_{65+}}{P_{15-64}}$$

Eine Unterscheidung nach Indikatoren und Kennziffern wird nicht angestrebt bzw. besteht lediglich durch die Aufnahme in das Indikatorenmodell. Wie der Name verdeutlicht, werden „Kennziffern“ einheitlich als Indikatoren definiert, wenn Sie zu weiteren Analysen herangezogen werden (im Indikatorenmodell enthalten sind).

Parameter eines Indikators: Parameter sind Maßzahlen zur Charakterisierung einer Grundgesamtheit oder Stichprobe. Wichtige Parameter sind Lage- und Streuungsmaße, aber auch komplexere Werte wie z.B. die Gewichte einer Regressionsgleichung.

Lagemaße (Maße der zentralen Tendenz) geben Auskunft über den „Schwerpunkt“ eines eindimensionalen Datenbündels. Der *arithmetische Mittelwert* ist ein Lagemaß zur Kennzeichnung von metrischen (mindestens intervallskalierten) Daten und wird als Summe der Einzelwerte des Datenbündels dividiert durch die Zahl der Elemente berechnet. Der *Median* ist der „mittlere“ Wert eines (der Größe nach geordneten) Datenbündels (unter- und oberhalb des Medians liegen jeweils die Hälfte der Datenwerte). Bei ungerader Anzahl von Datenwerten ist der Median im Wortsinn der mittlere Wert. Der Median ist identisch mit dem 50%-Quantil. Er ist weniger gegen einzelne stark abweichende Werte anfällig als das arithmetische Mittel und daher oft besser geeignet, um die zentrale Tendenz eines Datenbündels zu charakterisieren. Der *Modalwert* ist der Wert eines Datenbündels mit der größten Häufigkeit (in der vorliegenden Arbeit nicht genutzt).

Streuungsmaße (auch Dispersionsmaße) geben an, wie stark die Merkmalswerte eines Datenbündels vom „Zentrum“ (charakterisiert durch ein Lagemaß) abweichen. Die wichtigsten Streuungsmaße sind *Variationsbreite*³³⁵, *Interquartilsabstand*³³⁶, *Interdezilbereich*³³⁷, *Varianz* und *Standardabweichung*. Die *Varianz* ist die Summe der quadrierten Abweichungen der einzelnen Werte eines Datenbestandes vom Mittelwert, dividiert durch n (Anzahl der Beobachtungen). Die Varianz beschreibt damit die Entfernung der einzelnen Werte vom Mittelwert. Die *Standardabweichung* ist die Wurzel aus der Varianz. Durch das Wurzelziehen erhält die Standardabweichung die gleiche Maßeinheit wie die Datenwerte selbst. Der *Variationskoeffizient* macht die Standardabweichungen verschiedener Indikatoren untereinander vergleichbar und beschreibt die Standardabweichung durch „Mittelwertseinheiten“ in Prozent.

einfaches, arithmetisches Mittel:
$$\bar{x} = \frac{\sum_i x_i}{n}$$

gewichtetes, arithmetisches Mittel:
$$\bar{x} = \frac{\sum_i x_i \cdot f_i}{\sum_i f_i}, \text{ wobei } \sum_i f_i = n$$

I - 2.2 Indikatorenbezogene Rechen- und Charakterisierungsverfahren

Lineartransformation der Indikatoren / Standardisierung: Metrische Variablen werden standardisiert durch die Transformation $z = (x - M) / S$ mit x als ursprünglichen Messwert, M als arithmetischem Mittelwert der Variablen x und S als Standardabweichung von x . Die standardisier-

³³⁵ Die Differenz zwischen dem größten und dem kleinsten Wert eines Datenbündels: $R = x_{\max} - x_{\min}$.

³³⁶ Auch Interquartilsbereich oder auch nur Quartilsabstand genannt. Abstand zwischen dem 25 %-Quantil (1. Quartil) und dem 75 %-Quantil (3. Quartil). Beschreibung der „inneren“ 50% der Daten.

³³⁷ Die Streubreite der mittleren 80% der Werte eines Datenbestandes (Abstand zwischen den Werten, die das untere und obere Dezil einer Verteilung abschneiden).

ten Werte werden auch als Z-Werte bezeichnet. Sie haben einen Mittelwert von 0 und eine Standardabweichung von 1. Dem Namen nach dient die Standardisierung hauptsächlich dazu, verschiedene Messwerte vergleichbar zu machen. Diese Lineartransformation ändert die Form der Verteilung nicht (HEILER 1994: 157). Asymmetrien und Ausreißer bleiben unverändert. Mit nichtlinearer Transformation kann hingegen die Form der Verteilung verändert werden (keine Anwendung in der vorliegenden Arbeit).

Ratingskala und Notenspiegel: Mit dem Rating-Verfahren wird die Beurteilung (Rating) von Merkmalen auf einer Skala³³⁸, mit der die Intensität (und nicht nur das Vorhandensein oder Fehlen) der Ausprägung dieser Merkmale erfasst. Ein typisches Einsatzgebiet sind standardisierte Befragungen (Surveys), bei denen die Untersuchungspersonen angeben sollen, wie sehr sie einer bestimmten Meinung zustimmen bzw. diese ablehnen. Für diese Arbeit wird daraus ein Rating-Verfahren zur (standardisierten) Bewertung der empirischen Indikatoren entwickelt. Es ermöglicht die nonverbale Bewertung z.B. der Clusterergebnisse auf der Grundlage standardisierter und gleichgerichteter Indikatororientierungen. Überdurchschnittlich, durchschnittlich und unterdurchschnittlich erhalten dadurch eine Notenausprägung. Das Rating wird im Sinne einer Notenvergabe verstanden, wobei mit der einheitlichen Abstufung von 1 bis 5 auch ein neutraler Mittelpunkt (durchschnittlich) gewährleistet wird.

Ceiling-Effekt: Der Ceiling-Effekt beschreibt die Tatsache, dass bei einer Messoperation eine (tatsächliche oder künstliche) „Decke“ erreicht wird, die nicht durchbrochen werden kann. Ein tatsächlicher Ceiling-Effekt kommt z.B. bei der Berechnung von Anteilswerten vor, da Anteilswerte nicht über 100 Prozent steigen können. In der Arbeit kommen ausschließlich tatsächliche Ceiling-Effekte vor, die unvermeidbar sind (z.B. Altersverteilungen).³³⁹

Signifikanz: Signifikanz steht in der empirischen Sozialforschung im allgemeinen für statistische Signifikanz. Als signifikant in diesem Sinne gilt das Ergebnis eines Hypothesentests (des Signifikanztests), wenn die Annahme berechtigt ist, dass ein theoretisch angenommener und in den Daten vorgefundener Zusammenhang zwischen Merkmalen bzw. Unterschieden zwischen Gruppen nicht alleine durch die statistischen Schwankungen erklärt werden kann, die mit Stichprobenziehungen verbunden sind. Die Berechtigung dieser Annahme kann nie mit Sicherheit erwiesen, sondern nur mit einer gewissen, vorab festzulegenden Wahrscheinlichkeit quantifiziert werden (Signifikanzniveau). Übliche Signifikanzniveaus sind 0,05, 0,01 und 0,001. Ein Signifikanzniveau von 0,05 bedeutet, dass ein Ergebnis als signifikant akzeptiert wird, das rein zufällig nur in 5 Prozent aller Stichprobenziehungen auftreten würde. Die Signifikanz hängt vor allem von der Größe der Stichprobe ab. Mit zunehmender Größe können auch kleine und unbedeutende Zusammenhänge oder Unterschiede als signifikant abgesichert werden (vgl. hierzu Abgrenzungen in Abschnitt 3.2).

Residuen: Residuen sind in einem statistischen Modell die Differenzen zwischen den beobachteten Werten der abhängigen Variablen und den aus dem Modell errechneten Werten. Fälle mit großen Residuen sind Fälle, die durch das betreffende Modell nicht gut erklärt werden.

Bivariate Analysen (Korrelations- und Regressionsanalyse): Der Schwerpunkt bivariater Analysen in der vorliegenden Arbeit ist das Auffinden von Zusammenhängen zwischen zwei oder mehreren Indikatoren mit der Zielstellung:

1. Die Grundrichtung der Beziehung zwischen X und Y zu klären (proportionale Veränderung von Y wenn X_i um eine Einheit erhöht/vermindert wird).
2. Die Ermittlung eines Schätzwertes von y für einen X -Wert der außerhalb der Reihe der Beobachtungswerte liegt (Extrapolation).
3. Die Ermittlung eines Schätzwertes von Y , wobei der X -Wert zwischen zwei bekannten X -Werten liegt, selbst aber nicht realisiert ist (Interpolation).

Dazu liefert die *Korrelationsanalyse* mit dem Korrelationskoeffizient r die Stärke der Beziehung und die *Regressionsanalyse* die mathematische Art der Beziehung. Aufgrund der metrischen Datenstruktur ist für die vorliegende Arbeit nur die Produkt-Moment-Korrelation relevant (auch Brav-

³³⁸ Skala, mit der die Beurteilung eines Objektes gemessen werden kann (Wertung, Grad der Wichtigkeit, der Zustimmung usw.).

³³⁹ In der vorliegenden Arbeit nicht auftretende künstliche Ceiling-Effekte treten z.B. bei Ratingskalen auf, wenn bei Befragungen vor dem Rating der jeweiligen Einzelobjekte nicht die vollständige Liste der zu beurteilenden Objekte vorliegt (Differenzierungsprobleme der Extremobjekte durch fehlenden Überblick).

ais-Pearson'scher Korrelationskoeffizient genannt): Die Kovarianz³⁴⁰ der beiden interessierenden Variablen wird dividiert durch das Produkt der Standardabweichungen der beiden Variablen. Der Korrelationskoeffizient r kann Werte zwischen +1 (perfekter positiver linearer Zusammenhang), 0 (kein linearer Zusammenhang) und -1 (perfekter negativer linearer Zusammenhang) annehmen. Die *Regressionsanalyse* versucht einen Indikator (abhängige Variable) durch einen oder mehrere andere Indikatoren bzw. deren Ausprägungen (unabhängige Variable oder „Prädiktor(en)“)³⁴¹ zu erklären oder zu prognostizieren, und ermöglicht auch nichtlineare Zusammenhänge zu untersuchen (Regressionsgleichung). Der *Determinationskoeffizient* oder das *Bestimmtheitsmaß* (Quadrat des Korrelationskoeffizienten) gibt an, welcher Anteil der Streuung von Y durch die Regressionsgerade „bestimmt“ oder „erklärt“ werden kann (Anteil der Varianz der Untersuchungsvariablen, der sich auf die Variation der exogenen Variablen zurückführen lässt).

I - 2.3 Explorative und multivariate Methoden

Graphische Darstellungen haben bei explorativen Datenanalysen große Bedeutung. Oft ist für eine Problemstellung nicht nur die Beschreibung der Verteilung einzelner Indikatoren sondern der Zusammenhang zwischen Verteilungen mehrerer Indikatoren von Bedeutung (Scatterplots, Scatterplotmatrix, Box-Plots, Sun-Ray-Plots oder Chernof-Gesichter). Vorteilhaft ist, dass die meisten visuellen Methoden selbsterklärend sind (vgl. z.B. HEILER (1994): 177-213). Nachfolgend werden daher nur wichtige Elemente der Faktoren- und Clusteranalyse zusammengefasst.

Faktorenanalyse:³⁴² In der empirischen Realität treten Zusammenhänge meist nicht nur zwischen zwei Untersuchungsvariablen sondern zwischen sehr vielen oder allen Untersuchungsvariablen auf. Ziel der Faktorenanalyse ist es, diese hohe Dimensionalität des Untersuchungsraums zu reduzieren.³⁴³ Ihr liegt die Annahme zu Grunde, dass hinter einer Reihe von Messwerten eine grundlegende, nicht direkt messbare, hypothetische (oder auch latente) Variable steht. Diese hypothetischen Variablen werden als „Faktoren“ bezeichnet.³⁴⁴ Demzufolge ist die Faktorenanalyse primär ein datenreduzierendes Verfahren. Ohne gravierenden Informationsverlust sollen viele wechselseitig hoch korrelierende Variablen durch wenige voneinander unabhängige Faktoren substituierbar sein.

Die Zielstellung der Faktorenanalyse ist unterschiedlich aber in der Systematik gleich. BAHRENBURG/GIESE/NIPPER (1990: 199) unterscheiden bei der Faktorenanalyse folgende Zielstellungen:

1. Klassifizierung einer Variablenmenge zu Gruppen, deren Variablen miteinander hoch korrelieren (in ähnlicher Weise variieren) und damit den gleichen Sachverhalt beschreiben (heuristisches hypothesengenerierendes Verfahren).
2. Reduktion der Untersuchungsvariablen auf z.B. nur wenige besonders aussagekräftige Variablen aus der Erkenntnis, dass die anderen Variablen eines Faktors in ähnlicher Weise variieren (Dimensionsreduktion).
3. Generierung weitgehend unabhängiger (möglichst gering miteinander korrelierender) Faktoren um Interpretationsprobleme durch Multikollinearitäten zu vermeiden (z.B. als Vorstufe einer Clusteranalyse).

Voraussetzung der Faktorenanalyse ist eine Korrelation zwischen einzelnen Merkmalen oder Merkmalsgruppen. Je höher die Korrelation zwischen den Beobachtungsmerkmalen ist, umso besser lassen sich die resultierenden Faktoren erklären (signifikante Korrelationen und Ladungsmuster). Die wichtigsten Elemente der Faktorenanalyse und ihrer Interpretation sind Faktorladung, Eigenwert und erklärender Varianzanteil. Für die Bedeutung der Faktoren ist die *Faktorladung* entscheidend. Die *Ladungsmatrix* beschreibt den Zusammenhang zwischen Variablen und Faktoren (Korrelation zwischen einer Variablen mit einem Faktor). Die Korrelationskoeffizienten der La-

³⁴⁰ Die Kovarianz beschreibt den Zusammenhang zwischen zwei metrischen Merkmalen (Grad des miteinander variierens oder kovariierens). Die Kovarianz ist die Summe der gemittelten Abweichungsprodukte zweier Variablen. Nachteilig ist, dass sie abhängig ist von den Maßeinheiten der gemessenen Variablen. Die Produkt-Moment-Korrelation behebt diesen Nachteil durch Standardisierung.

³⁴¹ X : exogene Variable = Einflussfaktor = erklärende Variable = Regressor = unabhängige Variable.

Y : endogene Variable = Zielvariable = abhängige Variable = erklärende Variable = Regressand.

³⁴² Nachfolgende Ausführungen stützen sich auf ARMINGER (1979) und BAHRENBURG/GIESE/NIPPER (1990).

³⁴³ Im Sinne einer graphische Interpretation kann jeder Merkmalsträger als ein Punkt in einem hochdimensionierten Achsenkreuz verstanden werden, dessen Dimensionalität von der Anzahl der Untersuchungsvariablen bestimmt wird. Die Faktorenanalyse beantwortet die Frage, ob es eine deutlich geringere Anzahl von Faktoren gibt, die in der Lage sind, diese Zusammenhänge zwischen allen Untersuchungsvariablen (den Punkten) weitgehend zu erklären.

³⁴⁴ Für die betreffenden Variablen bedeutet das, dass sie untereinander in ausreichend hohem Maße korrelieren müssen. Eine Korrelationsmatrix ist daher Ausgangspunkt der Faktorenanalyse.

dungsmatrix werden als Faktorladungen des nichtbeobachteten Faktors bezüglich der beobachteten Variablen bezeichnet. Der erklärte *Varianzanteil* eines Faktors entspricht dem Determinationskoeffizienten. Die aufgeklärte Varianz (oder gemeinsame Varianz) ist der Anteil der Gesamtvarianz, der durch ein oder mehrere Faktoren erklärt wird.

Die *Kommunalität* einer Variablen beschreibt hingegen das Ausmaß der Aufklärung dieser Variablen durch die Faktoren. D.h. sie ist im Rahmen der Faktorenanalyse ein Maß für den Grad des Zusammenhangs einer Variablen mit allen anderen Variablen.³⁴⁵ Jede Variable hat eine spezifische Kommunalität. Die Varianz einer standardisierten Variablen ist immer 1. Die Kommunalität muss folglich kleiner als 1 sein, sollte aber möglichst gegen 1 tendieren. Weicht sie stark von 1 ab, ist anzunehmen, dass die Faktoren schlecht gewählt worden sind bzw. die Variable nicht hinreichend durch Faktoren erklärt werden kann.

Die *Eigenwerte*³⁴⁶ haben bei der Faktorenanalyse die entscheidende Rolle. Sie werden vor der Faktorrotation berechnet und dienen zumeist als Kriterium für die Entscheidung, ob Faktoren im faktorenanalytischen Modell beibehalten oder weggelassen werden. Der Eigenwert eines Faktors gibt an, wie viel von der Gesamtvarianz aller Variablen durch diesen Faktor erfasst wird. Ist ein Eigenwert kleiner als 1, erklärt er also weniger als die Varianz einer einzigen Variablen, wird der entsprechende Faktor für unbedeutend erklärt. Mit der Eigenwertbestimmung der Faktoren werden demnach „unwichtige“ Faktoren eliminiert.

Mathematischer Grundgedanke der Faktorenanalyse ist, den Merkmalsträgern (Beobachtungen pro Untersuchungseinheit) Faktorwerte und den Variablen Ladungskoeffizienten (Korrelationskoeffizienten) zuzuordnen, um Schätzwerte errechnen zu können. Aus den Schätzwerten wird eine Korrelationskoeffizientenmatrix erstellt, die möglichst gut mit der empirischen Korrelationskoeffizientenmatrix übereinstimmen soll. Das entspricht im Prinzip einem System von n multiplen Regressionsmodellen. Die Einflussgrößen bei Regressionsmodellen sind vorgegeben und mit der eigentlichen Variablen explizit zusammen gemessen worden. Bei der Faktorenanalyse sind diese Einflussgrößen jedoch hypothetische Konstrukte, die erst aus der standardisierten Datenmatrix herausgerechnet (extrahiert) werden sollen.

Die Faktorenanalyse versucht also, aus der Korrelationsmatrix die Faktoren zu „extrahieren“, die in ähnlicher Weise über die Beobachtungseinheiten variieren. Nach unterschiedlichen Verfahren werden solange Faktoren ermittelt, bis ein bestimmtes Stop-Kriterium erreicht ist, nach dem die Annahme weiterer Faktoren keinen Erklärungsgewinn mehr verspricht. Dabei ist grundsätzlich nach zwei Verfahren zu unterscheiden, wobei die erstgenannte Hauptkomponentenanalyse ein Sonderfall der Faktorenanalyse beschreibt.³⁴⁷

- **Faktorenanalyse nach der Hauptkomponentenmethode:** Die Faktorenextraktion nach der Hauptkomponentenmethode erfolgt nach dem Kriterium, dass der erste extrahierte Faktor möglichst viel der gemeinsamen Variation der Messwerte erklären soll, der zweite möglichst viel jener gemeinsamen Restvariation, nachdem der erste Faktor bereits berücksichtigt wurde, usw. Die Hauptkomponentenanalyse versucht demnach Faktoren zu finden, mit deren Hilfe sich die gesamte Variation der ursprünglichen Datenmatrix so reproduzieren lässt, dass jede Variable sich als Linearkombination dieser Faktoren im Sinne der Regressionsanalyse darstellen lässt. Die Faktoren werden deshalb als Hauptkomponenten (HK) definiert. Ziel ist es, die gesamte Varianz jeder Variablen durch die HK zu erklären bzw. erklärt zu haben – Varianzorientierung. Die Hauptkomponenten sind wechselseitig voneinander unabhängig und klären sukzessiv die maximale Varianz auf und tragen dadurch möglichst viel zur Unterscheidung der Fälle bei.
- **Faktorenanalyse:** Die Faktorenanalyse unterscheidet sich von der Hauptkomponentenanalyse durch die Annahme, dass die „gesamte Variation der Variablen nicht vollständig, sondern nur zu einem Teil durch komplexe Größen – den Faktoren – reproduziert werden kann.“ (BAHRENBURG/GIESE/NIPPER 1990: 206). Die Faktorenanalyse geht demnach davon aus, dass die Werte einer Variablen sich nicht ausschließlich aus den Faktoren ergeben (hoher Korrelationskoeffizient zwischen Variablen/Faktoren), sondern dass jede Variable darüber hinaus noch einen eigenständigen Sachverhalt beschreibt (per Definition bzw. Be-

³⁴⁵ Statistisch erklärt die Kommunalität den Anteil der gemeinsamen Varianz.

³⁴⁶ Der Eigenwert eines Faktors ist die Summe der quadrierten Ladungen des Faktors.

³⁴⁷ vgl. BAHRENBURG/GIESE/NIPPER 1990: 206.

schreibung der Variablen). Die Varianz einer Variablen wird in „Gemeinsame Varianz“, „Spezifische Varianz“ und „Fehlervarianz“ zerlegt, und die Faktoren werden nur für die „Gemeinsame Varianz“ gesucht. Sie ist demnach kovarianzorientiert, da sie nur denjenigen Anteil der Varianz der Variablen erklärt, den diese mit anderen Variablen gemeinsam hat. Um den spezifischen Anteil der Varianz einer Variablen herauszufiltern und ausschließlich die gemeinsame Varianz in die Analyse einfließen zu lassen, setzt man statt der Eigenkorrelationen die Kommunalitäten ein. Diese sind jedoch unbekannt und erst das Ergebnis einer Faktorenanalyse. Daher werden die Kommunalitäten geschätzt (Verfahren z.B. Maximum-Likelihood).

Als letzter Schritt einer Faktorenanalyse kann eine *Rotation der Faktorstruktur* durchgeführt werden (Faktorenrotation). Im allgemeinen sollen die Faktoren möglichst unabhängig voneinander und inhaltlich relativ leicht interpretierbar sein. Zu diesem Zweck werden die ermittelten Faktoren „rotiert“. Ziel dieser Rotation ist eine Einfachstruktur bei der Lage der Faktoren. Die Lage wird so verändert, dass für jede Variable eine möglichst hohe Korrelation mit einem Faktor und möglichst niedrige Korrelationen mit den übrigen Faktoren gelten. Diese Variablen werden dann auch Markiervariable für einen Faktor genannt. Die Rotation unterstützt die Interpretation der rein mathematisch gebildeten Faktoren.

Clusteranalyse: Unter dem Sammelbegriff der Clusteranalyse werden eine Reihe von Methoden zur Identifizierung von homogenen Teilmengen einer heterogenen Menge von Objekten verstanden (vgl. BACHER 1994, BAHRENBURG/GIESE/NIPPER 1990).³⁴⁸

Wenn es Zusammenhänge zwischen einer größeren Zahl von Untersuchungsvariablen gibt, werden sich die Merkmalsträger in einem hochdimensionalen Achsenkreuz in bestimmter Weise „klumpen“. Aufgabe der Cluster-Analyse ist es, diese „Klumpen“ (Cluster) zu isolieren und auf der Grundlage der eventuellen Isolationserfolge die beobachteten Zusammenhänge inhaltlich zu interpretieren. Die Clusteranalyse teilt also viele, multivariate und durch einen festen Satz von Merkmalen beschriebene Untersuchungsobjekte (z.B. Kreise) nach Maßgabe ihrer Ähnlichkeit in homogene Gruppen oder Cluster ein, die untereinander möglichst inhomogen sind. Die Ähnlichkeit bzw. Unähnlichkeit hängt von den Merkmalen der Objekte ab. Die Clusteranalyse ist demnach ein struktur-suchendes (exploratives) Verfahren.

Methodisch gesehen misst die Clusteranalyse Abstände zwischen Merkmalsträgern. Wertepaare, die innerhalb eines definierten geringen Abstands vorkommen, werden in gemeinsame Cluster aufgenommen. Jede Clusteranalyse besteht aus zwei Schritten eines iterativen Prozesses:

1. Die Messung der Ähnlichkeit oder Unähnlichkeit der Merkmalsträger hinsichtlich ihrer Merkmale setzt zunächst die Wahl eines Ähnlichkeitsmaßstabs (Proximitätsmaß oder Distanzmaß) voraus. Das ausgewählte Proximitätsmaß wird anschließend gewöhnlich zur Quantifizierung der Ähnlichkeit bzw. Unähnlichkeit der Merkmalsträger untereinander verwendet (siehe Proximitätsmaße weiter unten).
2. Der zweite Schritt jeder Clusteranalyse betrifft die Wahl des Algorithmus zur Gruppenbildung (siehe Klassifikationsverfahren bzw. -methode weiter unten).

Grundlage einer Clusteranalyse ist eine Rohdatenmatrix, die für alle Objekte (hier z.B. Kreise) die entsprechenden Merkmalsausprägungen angibt (Beschreibung der Objekte hinsichtlich der zu untersuchenden Merkmale). Basis der Clusteranalyse ist ferner die Definition der Ähnlichkeit (wann sich zwei Objekte ähnlich oder unähnlich sind). Zu diesem Zweck werden sogenannte *Proximitätsmaße* verwendet, die die Ähnlichkeit oder die Verschiedenheit von zwei Objekten zueinander angeben. Grundsätzlich lassen sich zwei Arten von Proximitätsmaßen unterscheiden, die je nach Skalenniveau der Merkmale verwandt werden:

- *Ähnlichkeitsmaße* geben die Ähnlichkeit zwischen zwei Objekten an. Je größer der Wert eines Ähnlichkeitsmaßes, desto ähnlicher sind sich die beiden Objekte.
- *Distanzmaße* messen die Unähnlichkeit zwischen zwei Objekten. Je größer der Wert des Distanzmaßes, desto unähnlicher sind sich die beiden Objekte.

³⁴⁸ Vgl. auch weiterführende Literatur zur Clusteranalyse: BACKHAUS, KLAUS ET AL.: Multivariate Analysemethoden. Berlin: Springer, versch. Auflagen (zuletzt 2000) und SODEUR, W.: Empirische Verfahren zur Klassifikation. Stuttgart: Teubner 1974.

In dieser Arbeit sind alle Merkmale metrisch skaliert. Daher wird eine Distanzmatrix unter Verwendung der euklidischen Distanz berechnet (Summe der quadrierten Differenzen zwischen den Koordinaten eines Wertepaares – Satz des Pythagoras). Die euklidische Distanz für alle möglichen Objektpaare ergibt eine Distanzmatrix, aus der bereits Ähnlichkeiten und damit Gruppen ablesbar sind.

In der Standardliteratur wird für den Einsatz clusteranalytischer Verfahren üblicherweise verlangt, dass die in den Algorithmus eingehenden Variablen voneinander statistisch unabhängig sind, also nicht miteinander korrelieren. Dieser Voraussetzung liegt der Umstand zugrunde, dass sich in den Distanzen zwischen den Wertepaaren korrelierender Variablen Verzerrungen niederschlagen, die um so gravierender (und damit die Clusterung beeinflussen) je enger die Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen sind. Die Indikatorenauswahl wurde so vorgenommen, dass es zu keinen unbeabsichtigten Verzerrungen kommt – Korrelationen sind beabsichtigt. Mit dem Voranstellen einer Faktorenanalyse werden zudem alle Verzerrungen von vornherein ausgeschlossen.³⁴⁹

Das *Klassifikationsverfahren*³⁵⁰ kann im Wesentlichen unterteilt werden in hierarchische und partitionierende Verfahren:

Bei den **hierarchischen Verfahren** (*agglomerative Verfahren*) werden die einzelnen Objekte immer weiter zu Clustern zusammengefasst. Ausgehend von den einzelnen Fällen werden zunehmend ähnliche Fälle angelagert. Es werden also zunächst alle Fälle (hier z.B. Kreise) jeweils als ein „Cluster“ betrachtet.³⁵¹ Die beiden ähnlichsten Fälle (Cluster mit der geringsten Distanz zueinander) bilden das erste „neue“ Cluster. So verringert sich die Clusteranzahl um 1. Aus den verbleibenden Clustern werden wiederum die beiden ähnlichsten zu einem Cluster zusammengefasst. Dieser Algorithmus wird solange fortgesetzt, bis nur noch ein Gesamtcluster übrig bleibt. Die Zuordnung erfolgt hierarchisch, also immer nur in eine Richtung. Fälle die einem Cluster zugeordnet werden, bleiben in diesem Cluster, auch wenn sich in späteren Schritten der Clusterbildung durch eine andere Zuordnung eine geringere Distanz ergeben könnte.

Die Berechnung der Distanzen zwischen den Clustern (bei mehr als einem Objekt im Cluster) erfolgt nach unterschiedlichen Algorithmen der Clusterdistanz:

- Beim sogenannten „Single Linkage“ wird als Distanz zwischen zwei Klassen die minimale Distanz eines Objektes aus der einen zu einem Objekt aus der anderen Klasse gewählt („Distanz der nächsten Nachbarn“).
- Beim sogenannten „Complete Linkage“ wird als Distanz zwischen zwei Klassen die maximale Distanz eines Objektes aus der einen zu einem Objekt aus der anderen Klasse gewählt („Distanz der entferntesten Nachbarn“).
- Bei dem in dieser Arbeit verwendeten *Ward-Algorithmus* werden zunächst die Variablenmittelwerte berechnet. Danach werden die quadrierten Euklidischen Distanzen der Fälle in einem Cluster zum Mittelwert berechnet und aufsummiert. Es werden dann jeweils die beiden Cluster zu einem neuen Cluster aufsummiert, durch deren Vereinigung die Gesamtsumme der quadrierten Distanzen am wenigsten ansteigt.

Nach der hierarchischen Zusammenfassung der Objekte erfolgt die Klassifikation. Die Klasseneinteilung muss zwei Anforderungen gerecht werden:

- Möglichst großer Ähnlichkeit innerhalb der Klassen und möglichst großer Verschiedenheit zwischen den Klassen.
- Der Zusammenfassung der Objekte in eine überschaubare Anzahl von Klassen.

Dazu werden Gütekriterien verwendet, die die Heterogenität innerhalb der Klassen angeben. In der Regel verschlechtert sich die Gütekriterien bei fortschreitender Zusammenfassung der Klassen. Verschlechterung der Gütekriterien und Reduktion der Klassenanzahl kann z.B. nach dem so-

³⁴⁹ Die Ausgangsdaten der Clusteranalyse sind dann die Faktorwerte und nicht die Indikatoren selbst.

³⁵⁰ Grundsätzlich ist zwischen scharfer und unscharfer Klassifikation zu unterscheiden. Bei einer scharfen Klassifikation (jedes Objekt wird einem Cluster zugeordnet) ist jedes Objekt eindeutig einem der Cluster zugeordnet. Bei der unscharfen Klassifikation werden Anteilswerte vergeben, die den Grad der Zugehörigkeit eines Objektes zu dem Cluster bestimmen. Unscharfe Klassifikationen ergeben in der Regionalforschung für konkrete Raumeinheiten keinen Sinn. In der Arbeit kommen daher ausschließlich scharfe Klassifikationen zur Anwendung.

³⁵¹ Die Anzahl der Klassen entspricht damit der Anzahl der untersuchten Objekte.

nannten Ellenbogenkriterium erfolgen (deutlicher Knick „Ellenbogen“ im Kurvendiagramm der Werte des Gütekriteriums für jeden Iterationsschritt).

Bei den ***partitionierenden Verfahren*** ist die Anzahl der Klassen vorgegeben. Ausgehend von einer Anfangsklassifikation werden in jedem Iterationsschritt alle Objekte derjenigen Klasse zugeordnet, zu der sie die geringste Distanz aufweisen bzw. solange Objekte hinsichtlich einer vorgegebenen Gütefunktion ausgetauscht bis keine weitere Verbesserung mehr möglich ist. D.h., dass bereits zugeordnete Fälle auch wieder herausgenommen und einem anderen Cluster zugeordnet werden können, wenn es einer Steigerung der Homogenität innerhalb des Clusters dienlich ist. Die bekanntester Methode der Partitionierungsverfahren ist der sogenannte k-means-Algorithmus.

Durch die Anwendung unterschiedlicher Clusterungsmethoden ergeben sich in der Regel unterschiedliche Lösungen, mit denen unter Umständen spezifische Probleme gelöst werden können. Ein „bestes“ Clusteranalyseverfahren gibt es nicht. Der Single-Linkage-Algorithmus eignet sich um statistische Ausreißer zu identifizieren, neigt aber zu Verkettung der Objekte. Der Ward- Algorithmus führt hingegen kaum zu Verkettungen und stellt sich insgesamt als leicht überlegen heraus.

In der Regel schneiden allerdings partitionierende Verfahren (insbesondere k-means) etwas besser als hierarchische Verfahren ab.

Anlage II DEMOGRAPHIE UND RAUMSTRUKTUR

II - 1 Siedlungs- und Raumstruktur

Die Teilkarten a) und b) aus Karte II-2 verdeutlichen die Auswirkungen der kommunalen Gebietsreform auf den Indikator Bevölkerungsdichte. Die drei Großstädte Erfurt, Gera und Jena sind aufgrund zahlreicher Eingemeindungen in ihrem Flächenwert stark gewachsen. Die Katasterfläche der Gemeinde entspricht immer weniger der städtischen Siedlungsfläche. Ebenso wurden aus vielen kleineren Gemeinden administrative Großgemeinden geschaffen, deren Siedlungsstruktur nicht mehr mit der Gemeindefläche übereinstimmt (z.B. im Südosten beim Saale-Orla-Kreis). Mit Karte II-3 und den Teilkarten werden die Konsequenzen der unterschiedlichen Gebietsstände 1993 und 2000 verdeutlicht. Zahlreiche Eingemeindungen der größeren Städte und Gemeindezusammenschlüsse im Zuge der kommunalen Neugliederung in Thüringen führten zu einer beachtlichen Verfälschung der wirklichen Siedlungsfläche. Zur kommunalen Gebietsreform in Thüringen und den Auswirkungen u.a. auf die empirische Regionalforschung s. Abschnitt 2.3.6.

II - 1.1 Bevölkerungsdichte, Siedlungsdichte und Flächennutzung

Tab. II-1: Deskription zur Bevölkerungsdichte der Gemeinden Thüringens 1989 bis 2000

	Mittelwert	S ^{a)}	Minimum	Maximum	Spannweite	Perzentile								
						1.	5.	10.	25.	Median	75.	90.	95.	99.
EW/km ² 1989	110,1	137,4	8,7	1398,2	1389,5	18,9	29,9	35,6	49,0	70,6	110,8	201,6	328,0	811,1
EW/km ² 1990	107,2	132,8	7,7	1366,0	1358,3	18,9	29,0	34,4	48,0	69,3	108,6	194,1	324,5	789,0
EW/km ² 1999	105,7	116,8	9,3	1200,1	1190,8	18,2	29,7	36,1	49,7	72,1	112,5	193,5	302,3	724,4
EW/km ² 2000	105,1	115,7	9,6	1199,7	1190,1	18,5	29,4	35,9	49,5	71,7	112,2	192,0	297,7	701,8
Veränderung absolut EW/km ²	-5,0	28,6	-326,3	84,4	410,7	-124,6	-38,2	-19,7	-7,2	-1,9	2,6	12,5	22,7	55,7

(Berechnungsbasis: Gebietsstand 1999, a) Standardabweichung)

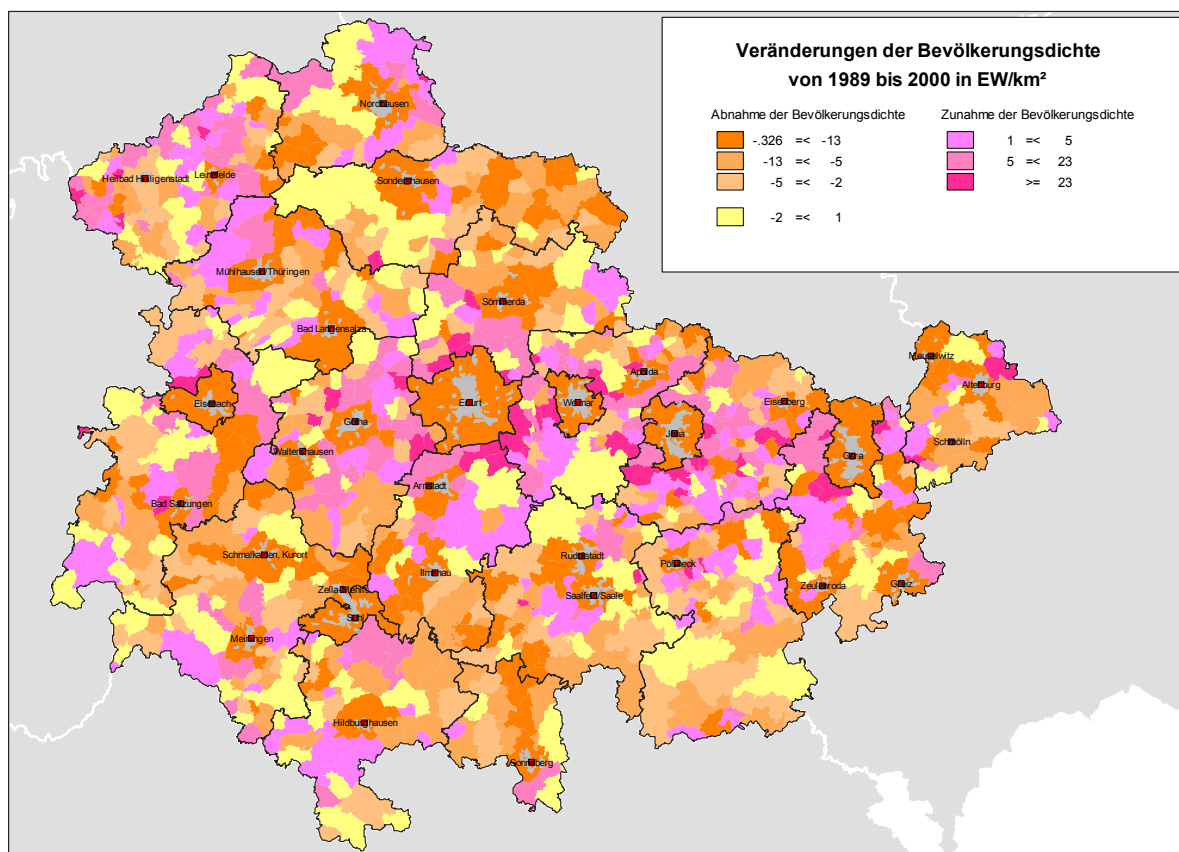
Tab. II-2: Demographische Struktur 1999 nach Gemeindetypen (Schwellenwerte der Bevölkerungsdichte)

Gemeindetypen nach KÜHN (1950)	Anteil an den Gemeinden [%]	Bevölkerungsanteil [%]	Anteil an Senioren [%]	Zunahme des mittleren Seniorenanteils 1993-1999 (1993=100%) [%]	Seniorenanteil [%]
1 städtische Siedlungen (über 1000 EW/km ²)	0,1	0,4	0,4	120,9	15,8
2 gewerbliche Gemeinden mit Raumreserven (über 500 bis 1000 EW/km ²)	1,9	32,5	32,5	118,6	16,3
3 Gemeinden mit nichtlandwirtschaftlicher Bevölkerung in größerer Verdichtung (über 250 bis 500 EW/km ²)	4,3	19,3	20,2	113,3	17,0
4 ländliche Gemeinden mit vorwiegend nichtlandwirtschaftlicher Bevölkerung (über 160 bis 250 EW/km ²)	7,5	11,1	11,6	109,2	17,0
5 Landgemeinden mit gewerblichen Ansätzen (über 80 bis 160 EW/km ²)	29,8	19,5	18,5	105,3	15,4
6 Landgemeinden mit bedeutungslosem Gewerbe (über 40 bis 80 EW/km ²)	42,7	15,1	14,7	107,7	15,8
7 dünnbevölkerte Landgemeinden (bis 40 EW/km ²)	13,7	2,1	2,1	108,7	16,4
Thüringen	100,0	100,0	100,0		16,3

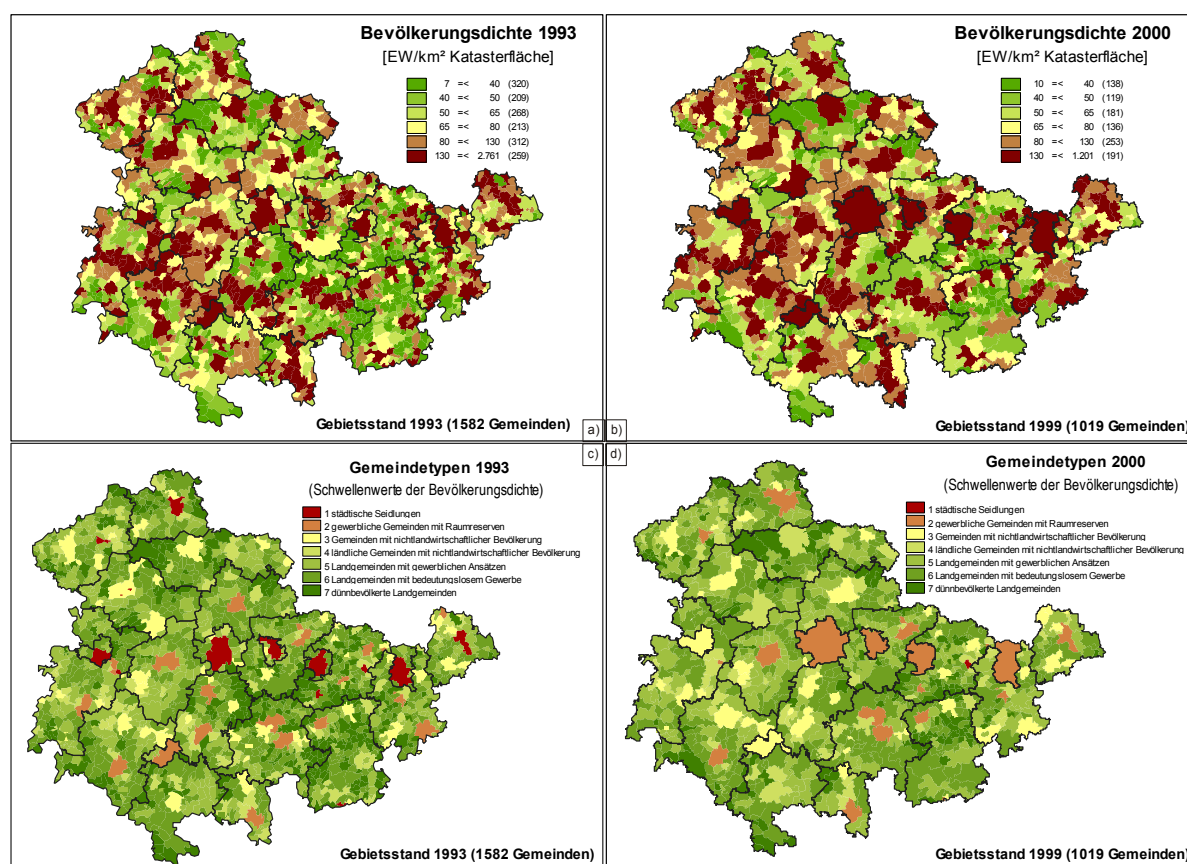
Tab. II-3: Deskription der Siedlungs- und Verkehrsfläche sowie Siedlungs- und Bevölkerungsdichte 1993

	Mittelwert	S ^{a)}	Minimum	Maximum	Spannweite	Perzentile								
						1.	5.	10.	25.	Median	75.	90.	95.	99.
FN93-%Siedlungs-fläche Wohnbevölkerung	3,3	3,0	0,4	47,8	47,5	0,7	1,1	1,4	1,9	2,6	3,7	5,9	7,9	15,5
FN93-%Siedlungs und Verkehrsfläche	7,1	4,1	1,0	62,3	61,4	1,8	3,0	3,7	4,9	6,3	8,1	10,4	13,5	23,8
Siedlungsdichte (EW93/km ² Siedlungsfläche der Wohnbevölkerung)	3003,8	1093,3	495,5	9517,2	9021,7	1084,1	1512,5	1775,9	2253,8	2830,0	3614,3	4480,8	4938,3	6232,3
Bevölkerungsdichte (EW'93/km ² Katasterfläche)	106,5	135,8	9,1	1714,5	1705,4	18,7	28,4	35,5	48,1	69,3	107,5	193,4	312,9	786,4

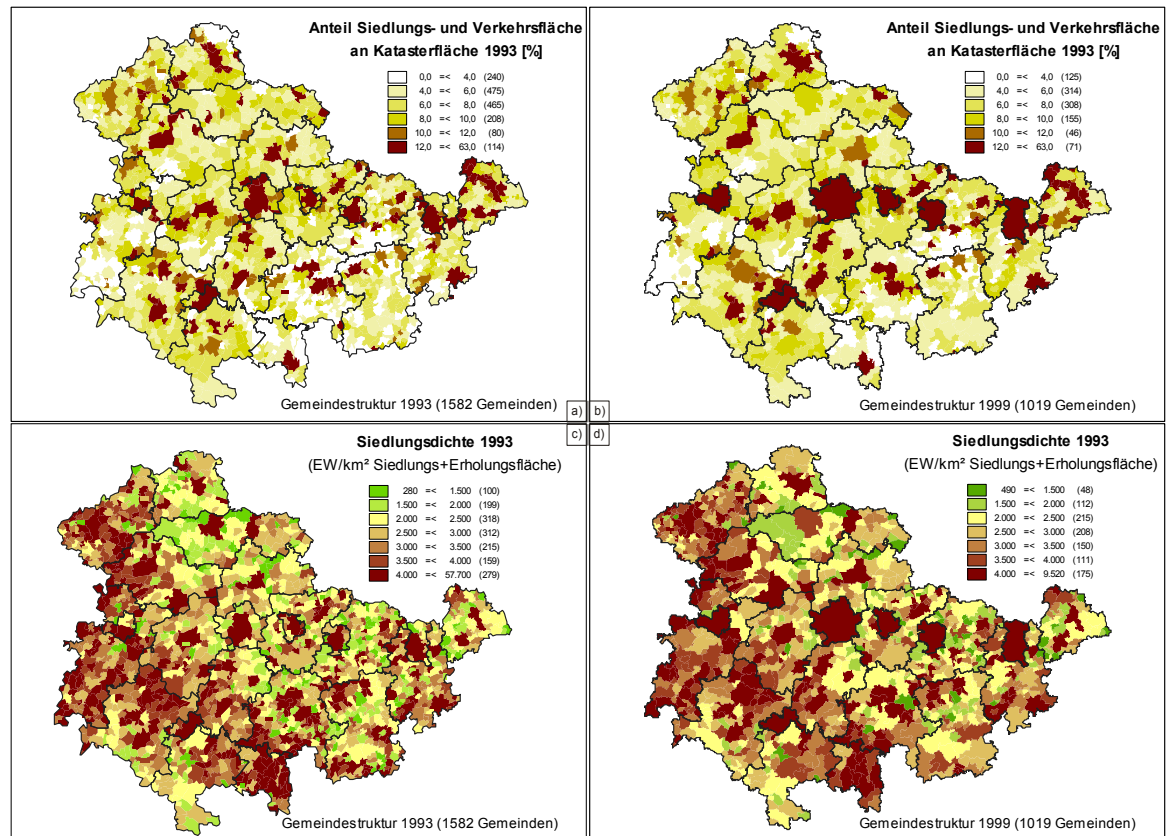
a) Standardabweichung



Karte II-1: Veränderung der Bevölkerungsdichte der Gemeinden Thüringens von 1989 bis 2000



Karte II-2: Topologie der Bevölkerungsdichte in Thüringen 1993 und 2000



Karte II-3: Topologie der Siedlungsdichte und siedlungsstrukturellen Verdichtung 1993 im Vergleich der Gebietsstände 1993 und 2000

II - 1.2 Gebietskategorien, Regionen und Zentralitätsstruktur

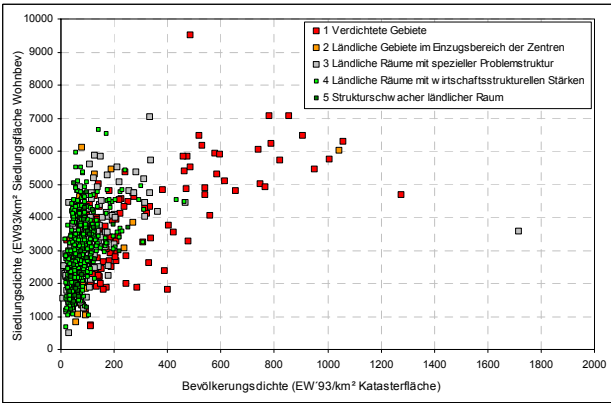


Abb. II-1: Interdependenzanalyse von Bevölkerungs- und Siedlungsdichte 1993 nach IFR-Gebietskategorien der Gemeinden

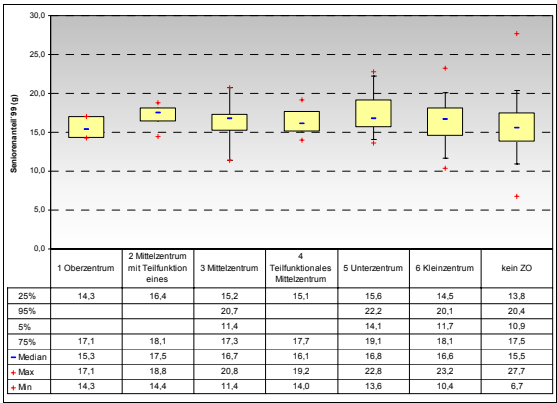



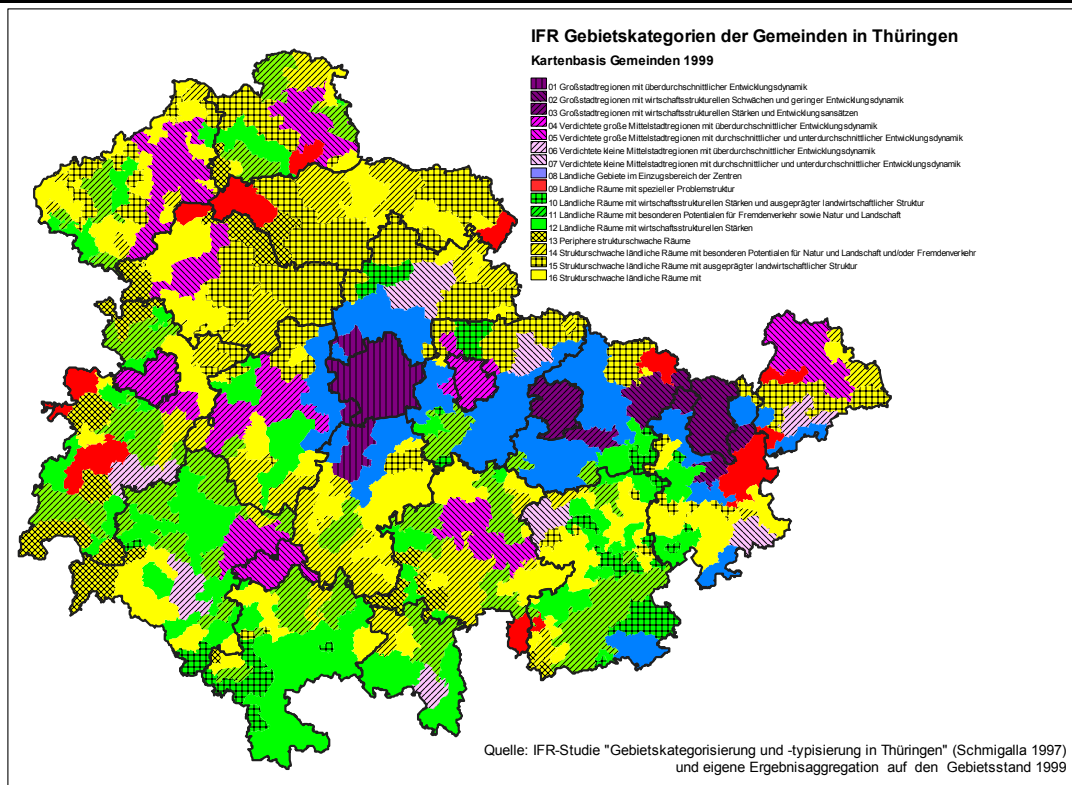
Abb. II-2: Seniorenanteil 1999 nach Kategorien zentraler Orte in Thüringen

Die in Abb. II-2 dargestellte Streuung um den Medianwert nimmt aufgrund der höheren Fallzahl mit abnehmender Zentralortkategorie zu.

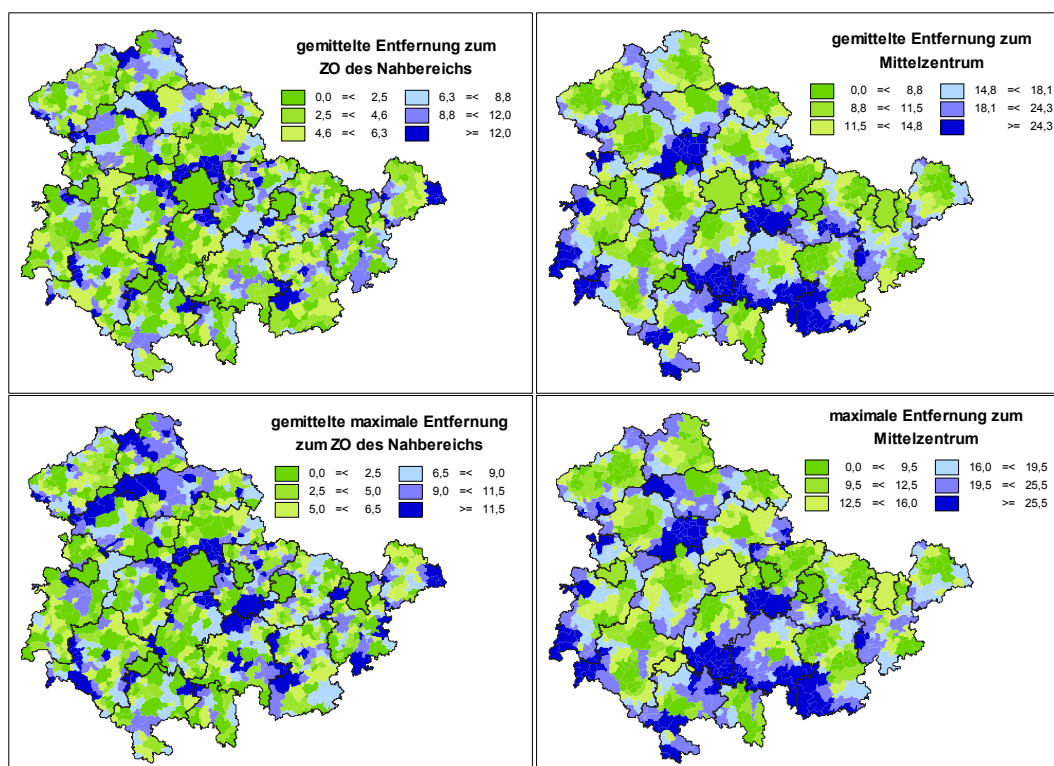
Tab. II-4: Demographische Struktur 1999 nach Agrar- und Reiseregionen

Agrargebiet	Anteil an den Gemeinden [%]	Seniorenanteil [%]	Bevölkerungsanteil [%]	Anteil an Senioren [%]	
Eichsfeld / Harzvorland	10,2	14,9	5,7	5,2	
Ostthüringer Buntsandsteingebiet	11,5	15,6	10,0	9,5	
Ostthüringer Lößgebiet	7,1	17,8	10,8	11,8	
Randlagen Thüringer Becken	11,0	15,7	11,1	10,7	
Südwestthüringen	12,1	15,9	10,6	10,3	
Thüringer Becken	24,4	15,8	29,4	28,5	
Thüringer Schiefergebirge	11,1	17,7	9,2	10,0	
Thüringer Wald / Rhön	12,6	17,0	13,4	14,0	

Reisegebiete	Anteil an den Gemeinden [%]	Seniorenanteil [%]	Bevölkerungsanteil [%]	Anteil an Senioren [%]	
Nordthüringen	20,4	15,8	16,0	15,6	
Ostthüringen	10,5	17,9	14,5	16,0	
Saaleland	28,0	15,9	22,0	21,5	
Thüringer Kernland	14,6	15,4	19,4	18,5	
Thüringer Wald	26,5	16,6	28,0	28,5	
Thüringen	100,0	16,3	100,0	100,0	



Karte II-4: IFR-Gebietskategorien in Thüringen (Gebietsstand 1999)



Karte II-5: Topologie der Erreichbarkeit zentralörtlicher Funktionen in Thüringen

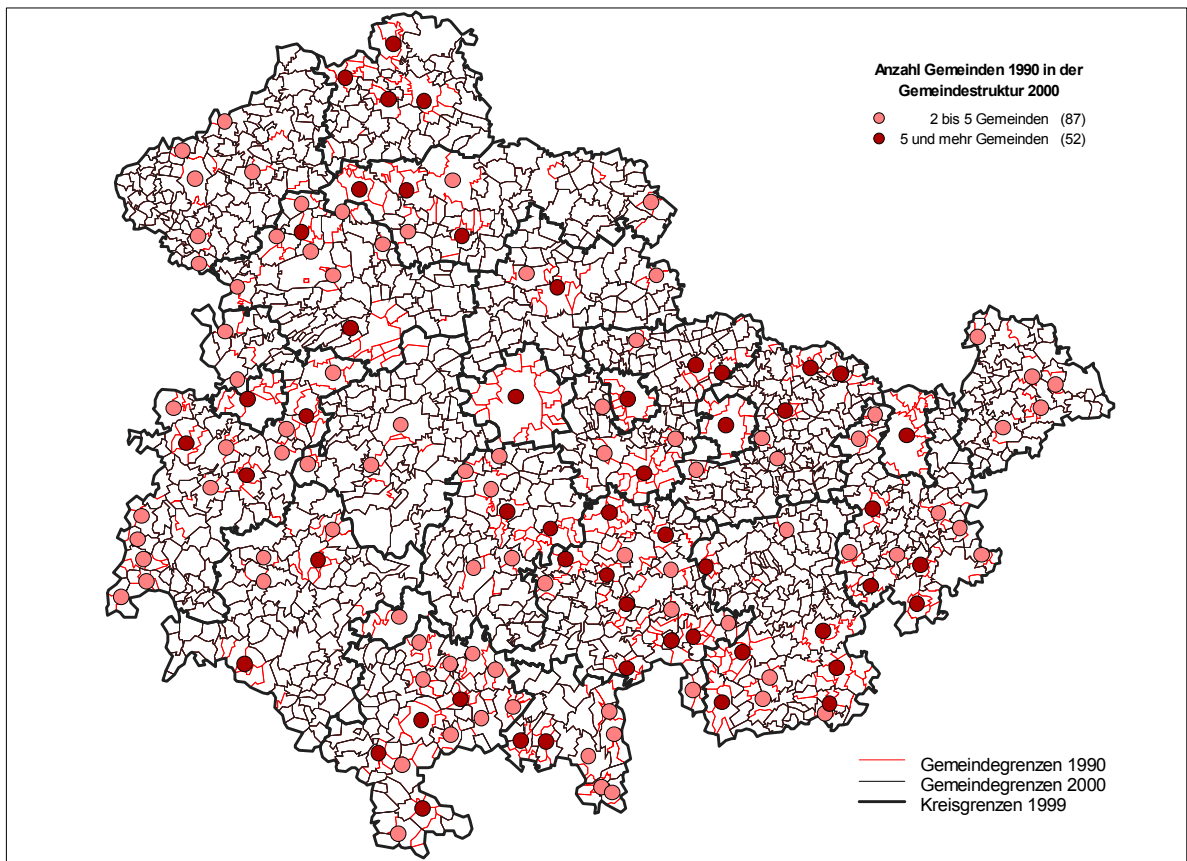
II - 1.3 Kommunale Gebietsreform und Struktur der Postleitzahlregionen in Thüringen

Sowohl der Gliederung zentraler Orte und ihrer Einzugsbereiche in den Regionalen Raumordnungsplänen, als auch der Gebietskategorisierung und -typisierung nach SCHMIGALLA (1997) liegt der Gebietstand des Jahres 1994 zugrunde (1241 Gemeinden). Die Nutzbarkeit bzw. Übertragbarkeit hängt damit entscheidend von der Aggregation der Strukturen auf andere bzw. neuere Gebietsstände ab. Die damit verbundenen Unschärfen bei der Strukturanpassung auf einen neueren Gebietsstand sind in Prozent jeweils zu den Einwohnern und der Fläche in Tab. II-5 aufgeführt. Bei der Angleichung wurden folgende Regeln definiert:

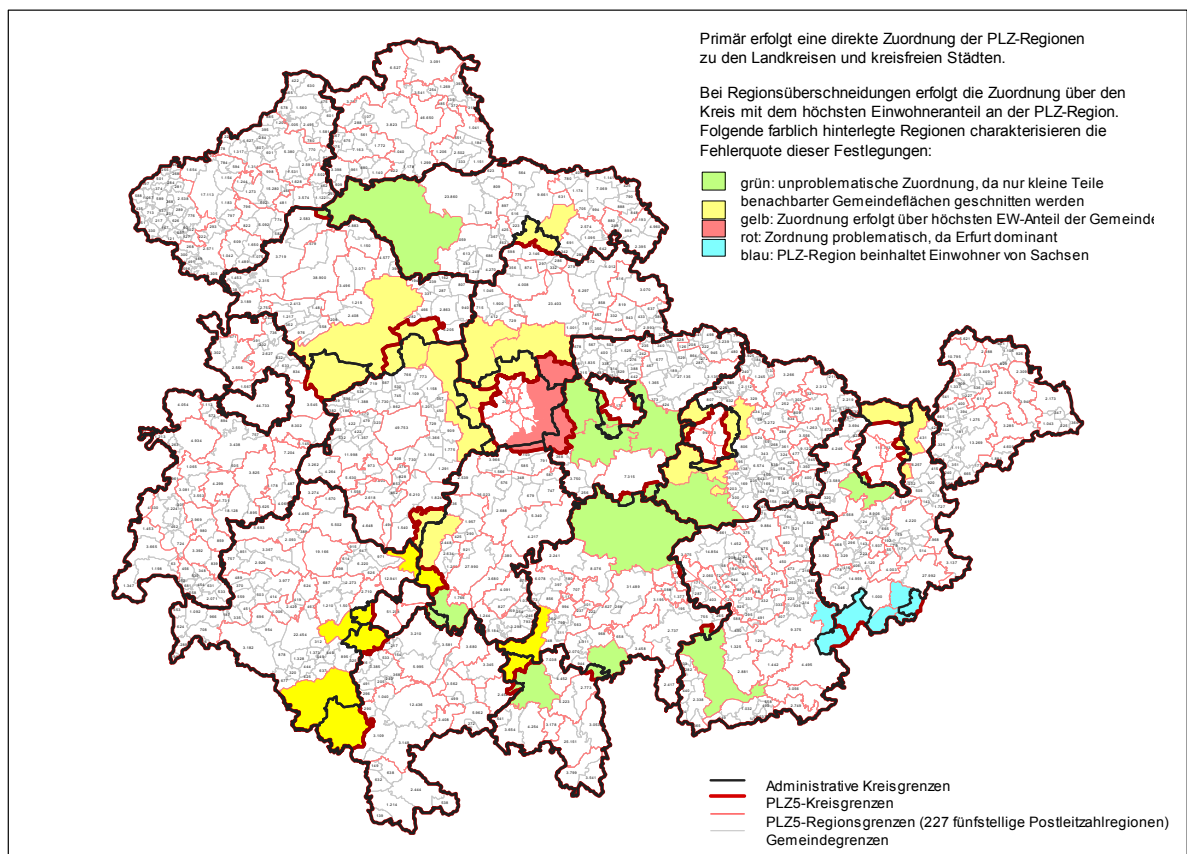
- Alle Zuordnungen werden jeweils einzeln erfasst und dokumentiert.
- Die Angleichung der Gebietsstände erfolgt über eine Einzelzuordnung entsprechend der Gemeinde mit der höchsten Einwohnerzahl.
- Kommen mehrere unterschiedliche Gebietskategorien zusammen, erfolgt die Zuordnung über die Gemeinden einer Gebietskategorie mit der höchsten Einwohnerzahl.
- Bei Umstrukturierungen mit zentralen Orten definiert sich die neue Struktur aus der Struktur des zentralen Ortes und nicht gemäß der höchsten Einwohnerzahl einer Gemeinde.

Tab. II-5: Konsequenzen der Strukturanpassungen vom Gebietsstand 1994 auf 1999

	Änderung IFR Grob	Änderung IFR- Detail	Anzahl Gemeinden Struktur 1999	Anzahl Gemeinden Struktur 1994 (original)	Fläche in ha 1993	Einwohner 1993	EW-Anteil innerhalb der Gruppe	Anteil an Gemeinden	Flächenanteil der Gruppe an Thüringen	Einwohneran- teil der Gruppe an Thüringen
Gliederung unverändert	ok	ok	71	176	256404	424090	100%	14%	14%	17%
Änderungen nur in Feinstruktur	ok	von 10 zu 11	0	2	1888	1033	4,4%	19%	16,0%	0,9%
	ok	von 10 zu 12	0	6	5244	2011	8,6%			
	ok	von 11 zu 12	0	1	789	195	0,8%			
	ok	von 12 zu 11	0	4	3862	3213	13,8%			
	ok	von 14 zu 14	0	1	641	193	0,8%			
	ok	von 14 zu 15	0	2	2197	436	1,9%			
	ok	von 14 zu 16	0	2	1369	906	3,9%			
	ok	von 15 zu 13	0	1	404	127	0,5%			
	ok	von 15 zu 14	0	6	5279	2976	12,8%			
	ok	von 15 zu 16	0	13	9519	5240	22,5%			
	ok	von 16 zu 13	0	1	772	569	2,4%			
	ok	von 16 zu 14	0	13	9225	5291	22,7%			
	ok	von 16 zu 15	0	1	1001	295	1,3%			
	ok	von 16 zu 5	0	2	1324	802	3,4%			
	Summe		71	231	299918	23287	100%			
Änderungen in Grob und Feinstruktur	von 1 zu 2	von 2 zu 8	0	1	606	876	3,0%	4,9%	2,4%	1,2%
	von 1 zu 3	von 4 zu 11	0	1	820	876	3,0%			
	von 1 zu 3	von 4 zu 12	0	1	844	945	3,2%			
	von 1 zu 4	von 4 zu 14	0	1	246	508	1,7%			
	von 1 zu 4	von 5 zu 13	0	1	1125	1582	5,4%			
	von 1 zu 4	von 5 zu 14	0	1	521	780	2,7%			
	von 1 zu 4	von 5 zu 15	0	2	1363	1535	5,3%			
	von 1 zu 4	von 5 zu 16	0	1	792	1137	3,9%			
	von 2 zu 3	von 8 zu 12	0	1	1640	1096	3,8%			
	von 2 zu 4	von 8 zu 15	0	1	544	342	1,2%			
	von 3 zu 1	von 11 zu 5	0	3	1133	579	2,0%			
	von 3 zu 2	von 10 zu 8	0	1	676	228	0,8%			
	von 3 zu 2	von 12 zu 8	0	3	1588	642	2,2%			
	von 3 zu 4	von 11 zu 14	0	3	1454	813	2,8%			
	von 3 zu 4	von 12 zu 14	0	1	614	925	3,2%			
	von 3 zu 4	von 12 zu 15	0	4	3357	2383	8,2%			
	von 3 zu 4	von 12 zu 16	0	2	995	357	1,2%			
	von 3 zu 4	von 16 zu 11	0	1	1436	1267	4,3%			
	von 4 zu 1	von 14 zu 5	0	1	704	186	0,6%			
	von 4 zu 1	von 14 zu 7	0	1	1087	254	0,9%			
	von 4 zu 1	von 16 zu 5	0	1	686	626	2,1%			
	von 4 zu 1	von 16 zu 7	0	1	1073	315	1,1%			
	von 4 zu 2	von 16 zu 8	0	2	3755	1208	4,1%			
	von 4 zu 3	von 14 zu 12	0	1	727	301	1,0%			
	von 4 zu 3	von 15 zu 12	0	2	1338	393	1,3%			
	von 4 zu 3	von 16 zu 11	0	6	5988	2774	9,5%			
	von 4 zu 3	von 16 zu 12	0	8	3907	1740	6,0%			
	von 4 zu 5	von 13 zu 9	0	2	1969	623	2,1%			
	von 4 zu 5	von 15 zu 9	0	2	2051	2090	7,2%			
	von 5 zu 1	von 9 zu 2	0	1	320	237	0,8%			
	von 5 zu 1	von 9 zu 5	0	1	634	370	1,3%			
	von 5 zu 4	von 9 zu 13	0	1	218	113	0,4%			
	von 5 zu 4	von 9 zu 14	0	1	917	308	1,1%			
	zu 1 zu 4	von 4 zu 14	0	1	200	806	2,8%			
	Summe		0	61	45328	29215	100,0%			
keine Veränderungen/Korrekturen			948	949	1267405	2053285	100%	76%	68%	81%
Summe Thüringen			1019	1241	1869055	2529877		1	100%	100%



Karte II-6: Analyse der kommunalen Gebietsreform in Thüringen von 1990 bis 2000



Karte II-7: Strukturanpassung von Gemeindegrenzen und fünfstelligen Postleitzahlregionen in Thüringen

II - 2 Demographie und Soziodemographie

II - 2.1 Bevölkerungsbewegung in Deutschland (Fertilität, Moralität und Migration)

Fertilität (Abb. II-3): Im Jahr 1999 kamen in Deutschland rund 771.000 Kinder zur Welt, ein Minus von 1,8% gegenüber 1998 (entspricht 1,3 Kinder pro Frau). Rund 30% der heutigen Generation potenzieller Mütter werden voraussichtlich kinderlos bleiben. Der Geburtenrückgang konzentrierte sich auf Westdeutschland (2,7% auf 664.000), während in Ostdeutschland die Geburten, wie schon in den vorangegangenen Jahren, weiter zunahmen (+3,8% auf 107.000).

Lebenserwartung (Abb. II-5): Die Lebenserwartung nahm in Deutschland kontinuierlich zu. Dennoch bestehen signifikante Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern.

Migration (Abb. II-4): Die 50er und 60er Jahre waren in den alten Bundesländern von einer ökonomischen Anwerbung ausländischer Arbeitskräfte geprägt. Nach dem Anwerbestopp Anfang der 70er Jahre prägten die Familiennachzüge dieser Arbeitskräfte das Wanderungsgeschehen. Politische Entwicklungen der 80er und 90er Jahre wie z.B. die Zuwanderung deutschstämmiger Aussiedler aus Osteuropa und der Zustrom von Asylbewerbern und Bürgerkriegsflüchtlingen prägten seither das Wanderungsgeschehen. Diese heterogenen Ursachen führten zu starken Schwankungen des Wanderungssaldos. Außenwanderung hat 1989/90 in den neuen Bundesländern keine Bedeutung.

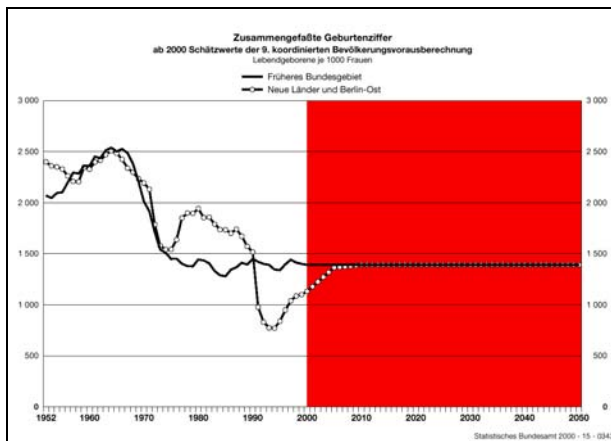


Abb. II-3: Zusammengefasste Geburtenziffer (9. kBV: STATISTISCHES BUNDESAMT 2000: Schaubild 1)

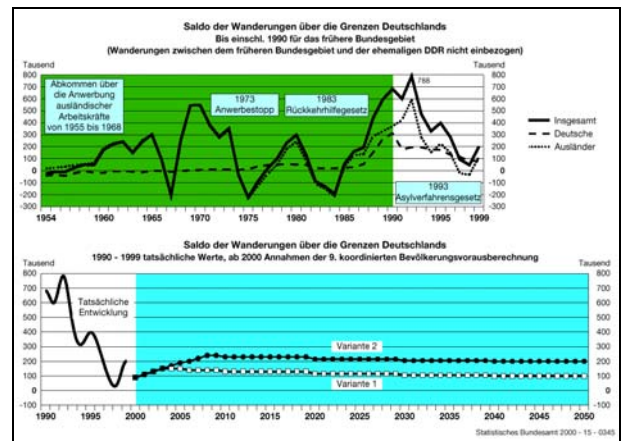


Abb. II-4: Saldo der Wanderungen über die Grenzen Deutschlands (9. kBV: STATISTISCHES BUNDESAMT 2000 Schaubild 3)

Der Migrationsbericht³⁵² stellt für die Jahre 1997 und 1998 fest, dass es – im Vergleich zum Beginn der 90er Jahre – zu einer „Beruhigung“ des Migrationsgeschehens gekommen ist. Die Zahl der Asylantragsteller und die Zahl der Spätaussiedler waren im Jahr 1998 auf den niedrigsten Stand seit 1987 gesunken. Gleichzeitig ist der Rückgang darauf zurückzuführen, dass 1997 und 1998 deutlich mehr Ausländer aus Deutschland weg- als zugezogen sind. Die Analyse zeigt, dass der größte Teil der ausländischen Zuwanderer der 90er Jahre sich nicht auf Dauer in Deutschland niedergelassen hat; insbesondere Kriegs- und Bürgerkriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien haben Deutschland wieder verlassen.

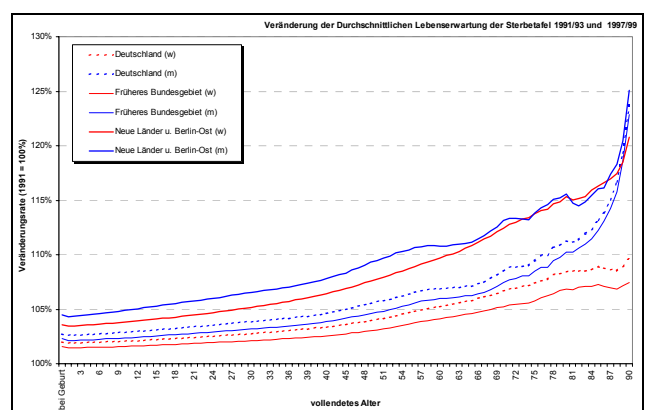


Abb. II-5: Veränderung der Lebenserwartung im Vergleich der Sterbetafeln 1991/93 und 1997/99³⁵³

³⁵² Im Dezember 1999 wurde durch die Ausländerbeauftragte der Bundesregierung der MIGRATIONSBERICHT 1999 vorgestellt (LEDERER 1999). Die von drei Autoren des Europäischen Forums für Migrationsstudien (efms) in Bamberg erarbeitete Studie gibt einen aktuellen Überblick zur Zu- und Abwanderung nach und aus Deutschland.

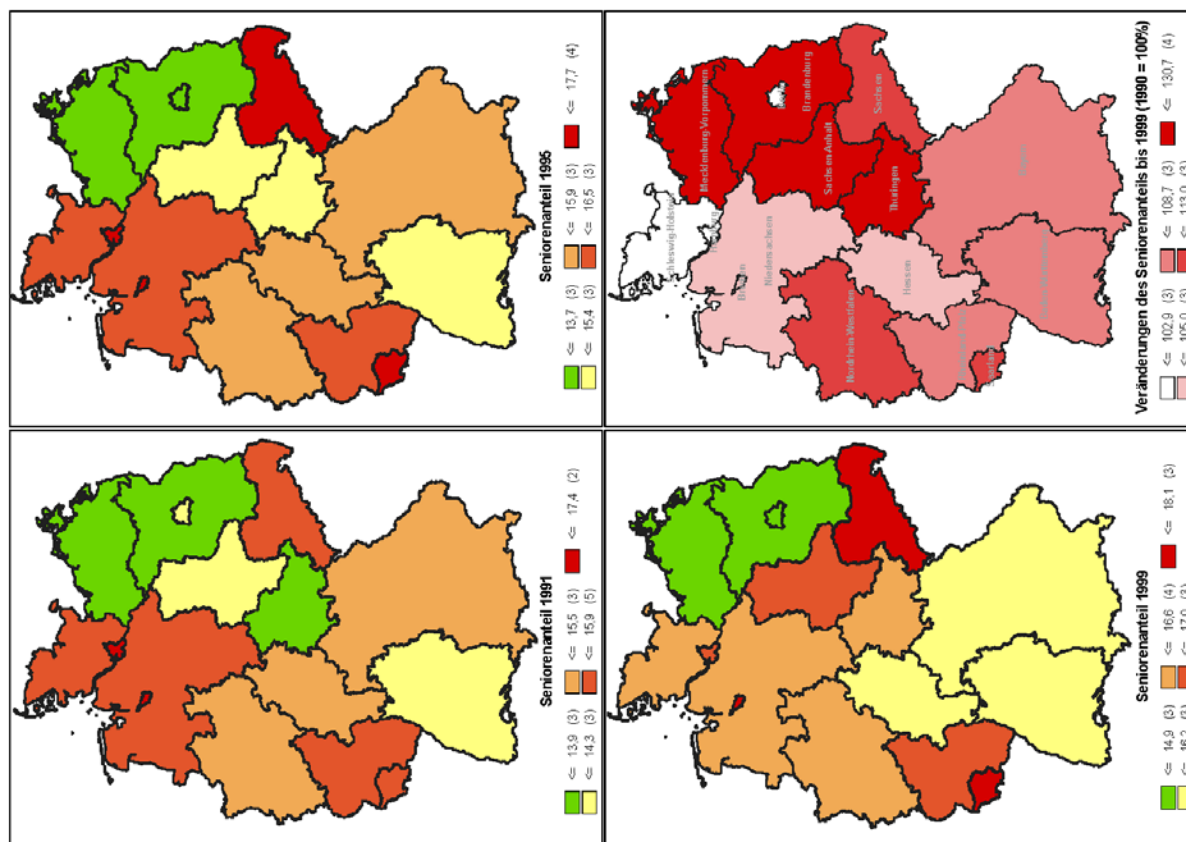
Im Sinne der Arbeit ist das altersdifferenzierte Wanderungsgeschehen von besonderem Interesse. Die Zuzüge zeigen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (Deutsche und Ausländer) eine andere Altersstruktur. Die Zuwanderer sind durch einen hohen Anteil von Personen jüngeren und mittleren Alters (18 bis unter 40 Jahre) gekennzeichnet: Im Jahr 1997 waren über zwei Drittel (77,2%) der Zuziehenden unter 40 Jahre; bei der Gesamtbevölkerung lag dieser Anteil dagegen bei nur 51,9%. Bei den älteren Jahrgängen, den über 65-jährigen, stellt sich die Situation dementsprechend umgekehrt dar (3,0% der Zuwanderer gegenüber 15,7% in der Gesamtbevölkerung). Eine ähnliche Altersstruktur haben jedoch auch die Fortzüge: Fast drei Viertel (73,2%) der im Jahr 1997 Abwandernden waren jünger als 40 Jahre; der entsprechende Anteil in der Gesamtbevölkerung lag bei 51,9%. Der Effekt der durch die Zuwanderung „verbesserten“ Altersstruktur geht teilweise durch die Abwanderung wieder verloren.

Tab. II-6: Altersstruktur der Außenwanderung Deutschlands 1991 bis 1997

Jahr	Zuzüge insgesamt	Zuzüge 65 Jahre und älter	Anteil über 65jähriger an Zuzügen	Fortzüge insgesamt	Fortzüge 65 Jahre und älter	Anteil über 65jähriger an Fortzügen	Saldo insgesamt	Saldo 65 Jahre und älter	Anteil über 65jähriger am Saldo
1991	1.182.927	35.471	3,0%	582.240	19.010	3,3%	600.687	16.461	2,7%
1992	1.489.449	37.966	2,5%	701.424	20.344	2,9%	788.025	17.622	2,2%
1993	1.268.004	37.587	3,0%	796.859	18.516	2,3%	471.145	19.071	4,0%
1994	1.070.037	36.902	3,4%	740.526	21.457	2,9%	329.511	15.445	4,7%
1995	1.096.048	35.878	3,3%	698.113	21.924	3,1%	397.935	13.954	3,5%
1996	959.691	27.816	2,9%	677.494	20.846	3,1%	282.197	6.970	2,5%
1997	840.633	25.438	3,0%	746.969	23.053	3,1%	93.664	2.385	2,5%

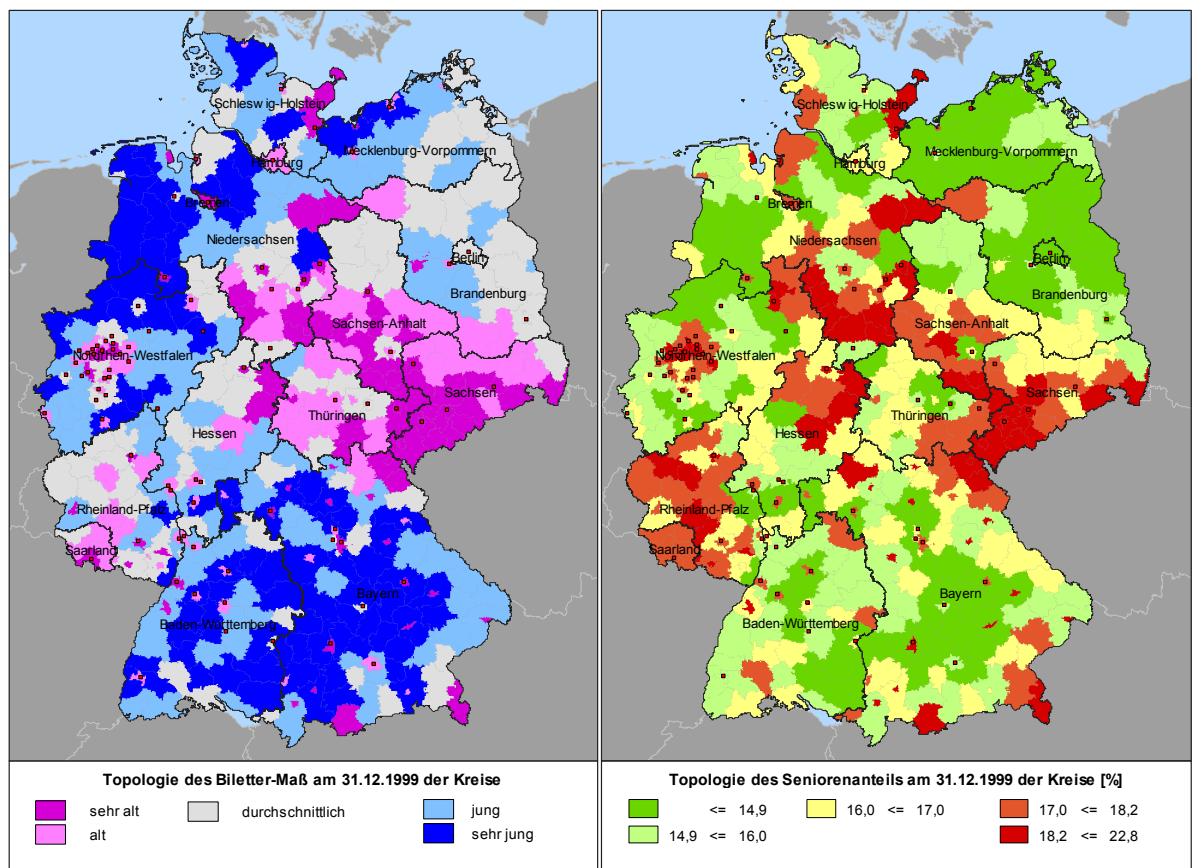
(Quelle: Migrationsbericht 1999, eigene Berechnungen)

II - 2.2 Altersstruktur und Seniorenanteil im Bundesvergleich

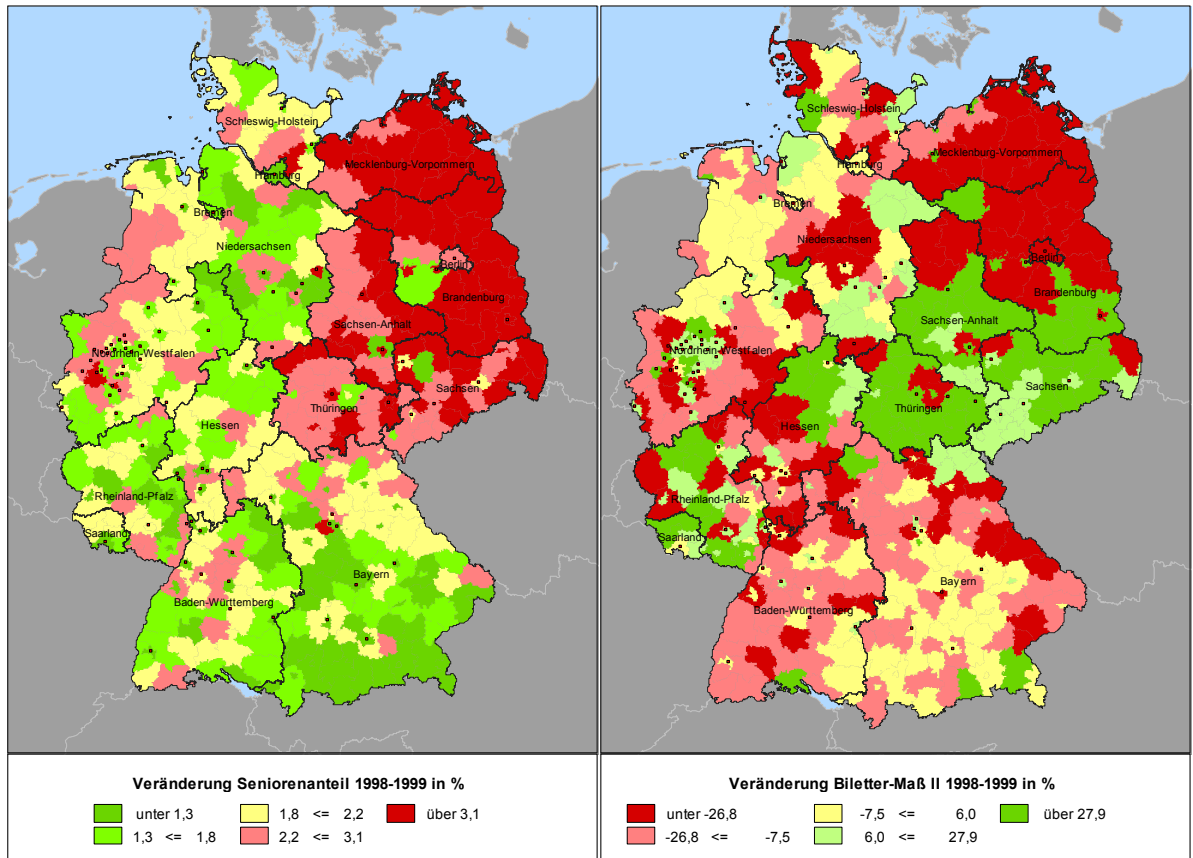


Karte II-8: Seniorenanteil im Bundesvergleich 1991 bis 1999

³⁵³ Quelle: eigene Berechnungen nach GEROSTAT - DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN, Berlin; Basisdaten: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden - Fachserie 1: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Reihe 1: Gebiet und Bevölkerung.



Karte II-9: Topologie der Altersstruktur im Vergleich der Kreise Deutschlands 1999 [Billeter-Maß und Seniorenanteil]



Karte II-10: Topologie und Dynamik der Altersstrukturentwicklung in den Kreisen Deutschlands 1998-1999

Tab. II-7: Ost-West-Vergleich der räumlichen Bevölkerungsentwicklung seit 1990

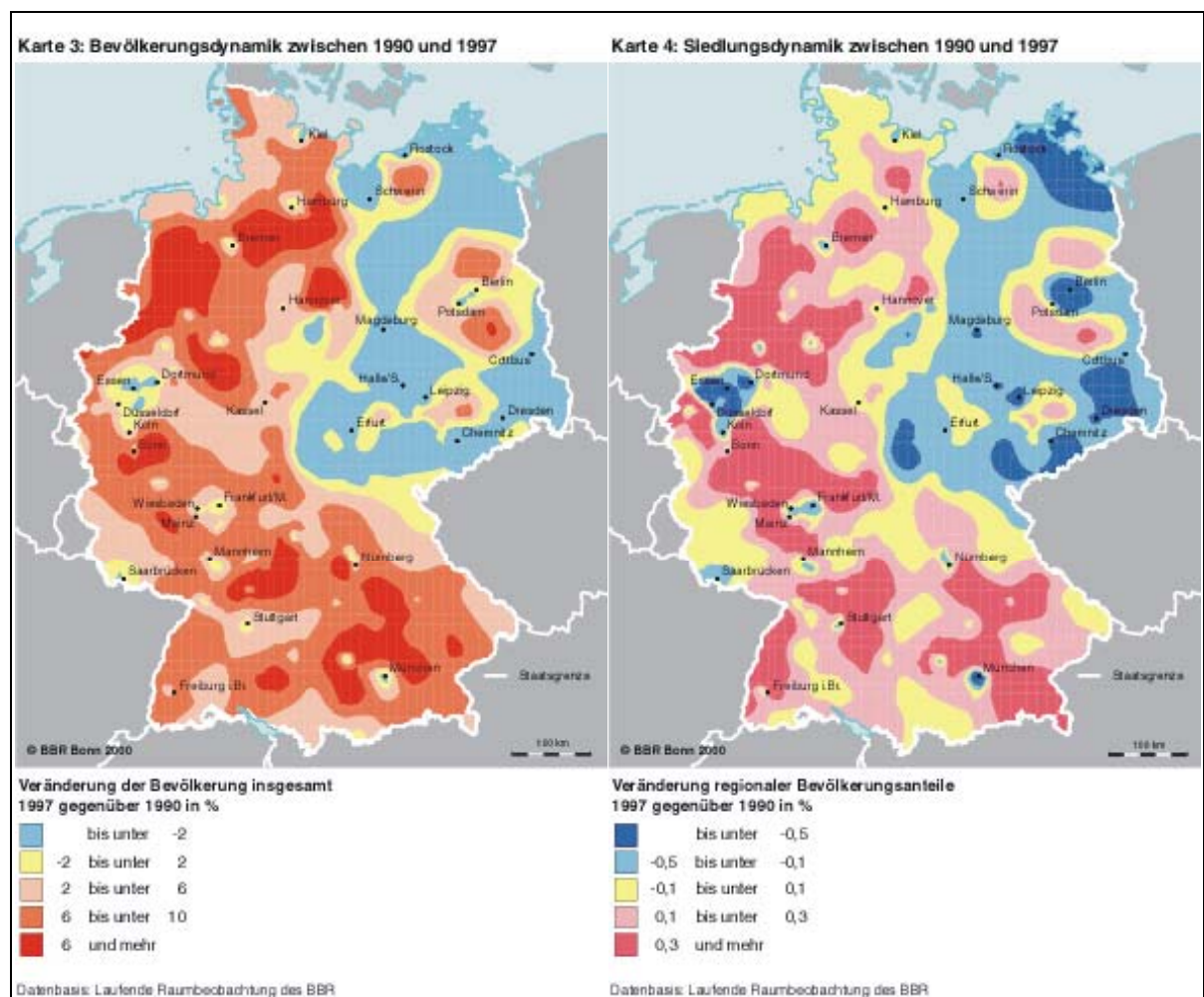
Tabelle 1
Die räumliche Bevölkerungsverteilung seit 1990 – ein Ost-West-Vergleich der Siedlungsdynamik

Regions-/Kreistyp	Regionale Anteile* der Bevölkerung in %						Veränderung in Prozentpunkten			
	1990		1997		2015		1990/1997		1997/2015	
	Ost**	West	Ost**	West	Ost**	West	Ost**	West	Ost**	West
Agglomerationsräume	45,8	54,3	46,8	53,6	48,7	52,8	1,0	-0,7	1,9	-0,8
Kernstädte	58,5	44,6	57,6	43,1	56,1	41,6	-0,9	-1,5	-1,5	-1,5
Hochverdichtete Kreise	3,1	36,1	3,1	36,7	3,0	37,0	0,0	0,6	-0,1	0,3
Verdichtete Kreise	16,9	15,3	16,9	15,9	17,0	16,8	0,0	0,6	0,1	0,9
Ländliche Kreise	21,5	4,0	22,4	4,3	23,9	4,6	0,9	0,3	1,5	0,3
Verstädterte Räume	33,8	34,7	33,1	35,2	31,7	35,9	-0,7	0,5	-1,4	0,7
Kernstädte	25,2	15,8	23,7	15,1	21,3	14,7	-1,5	-0,7	-2,4	-0,4
Verdichtete Kreise	38,8	57,8	39,1	58,2	39,4	58,2	0,3	0,4	0,3	0,0
Ländliche Kreise	36,0	26,4	37,2	26,7	39,3	27,1	1,2	0,3	2,1	0,4
Ländliche Räume	20,4	11,0	20,1	11,2	19,6	11,3	-0,3	0,2	-0,5	0,1
Ländliche Kreise höherer Dichte	40,4	69,9	40,3	70,1	39,5	70,1	-0,1	0,2	-0,8	0,0
Ländliche Kreise ger. Dichte	59,6	30,1	59,7	29,9	60,5	29,9	0,1	-0,2	0,8	0,0
Insgesamt	22,8	77,2	21,3	78,7	19,6	80,4	-1,5	1,5	-1,7	1,7

*) Die Anteile der Regionstypen beziehen sich auf die Spaltensummen (= in % der alten oder neuen Länder).
Die Anteile der Kreistypen beziehen sich auf den übergeordneten Regionstyp (= in % der großräumigen Kategorie).
Die Anteile der alten bzw. neuen Länder beziehen sich auf die Bundesrepublik Deutschland.

**) Das Land Berlin ist komplett den neuen Ländern zugerechnet.

Quellen: Laufende Raumbewachung des BBR/BBR-Bevölkerungsprognose 1996-2015/ROP



Karte II-11: Bevölkerungs- und Siedlungsdynamik zwischen 1990 und 1997 (Quelle: BUCHER 1997)

II - 2.3 Altersstruktur und Seniorenanteil in Thüringen

Tab. II-8: Altersstruktur der Einwohner und Senioren in Thüringen nach Kreisen am 31.12.1999

	Anteil der Altersgruppe ... an den Einwohnern insgesamt (in %)				Seniorenanteil (Anteil „65 Jahre und älter“ insge- samt in %)	Anteil der Altersgruppe ... an den Senioren (in %) (Einwohner „65 Jahre und älter“)		
	unter 65 Jahre	65 bis unter 75 Jahre	75 bis unter 85 Jahre	85 Jahre und älter		65 bis unter 75 Jahre	75 bis unter 85 Jahre	85 Jahre und älter
Stadt Erfurt	84,7	9,0	4,6	1,7	15,3	59,0	29,9	11,1
Stadt Gera	82,9	10,0	5,1	1,9	17,1	58,4	30,1	11,4
Stadt Jena	85,7	8,0	4,3	1,9	14,3	55,9	30,4	13,7
Stadt Suhl	85,6	8,4	4,4	1,6	14,4	58,6	30,3	11,1
Stadt Weimar	83,7	9,2	5,0	2,0	16,3	56,5	30,9	12,6
Stadt Eisenach	81,9	10,5	5,4	2,1	18,1	58,1	30,2	11,8
Eichsfeld	86,1	8,2	4,2	1,5	13,9	58,7	30,5	10,8
Nordhausen	83,1	10,1	5,0	1,7	16,9	59,8	29,9	10,3
Wartburgkreis	84,3	9,6	4,8	1,3	15,7	61,1	30,4	8,5
Unstrut-Hainich	83,9	9,7	4,7	1,6	16,1	60,6	29,4	10,0
Kyffhäuserkreis	83,3	10,1	5,0	1,6	16,7	60,6	29,7	9,7
Schmalk-Meining	83,5	9,8	5,0	1,7	16,5	59,3	30,6	10,1
Gotha	83,9	9,7	4,8	1,6	16,1	59,9	30,0	10,1
Sömmerda	85,1	9,2	4,4	1,3	14,9	61,5	29,5	9,0
Hildburghausen	84,2	9,7	4,7	1,4	15,8	61,5	29,5	9,1
Ilm-Kreis	83,5	9,5	5,2	1,8	16,5	57,8	31,4	10,8
Weimarer Land	85,2	8,9	4,4	1,5	14,8	60,0	30,0	10,1
Sonneberg	82,3	10,5	5,5	1,7	17,7	59,3	30,9	9,8
Saalfeld-Rudols	82,0	10,8	5,3	1,9	18,0	59,8	29,5	10,7
Saale-Holzland	84,6	9,2	4,6	1,6	15,4	59,9	29,7	10,4
Saale-Orla-Kr.	82,8	10,4	5,1	1,6	17,2	60,5	30,0	9,5
Greiz	82,0	10,6	5,3	2,1	18,0	59,2	29,3	11,5
Altenburg. Land	81,3	10,6	5,9	2,1	18,7	57,1	31,8	11,1
Thüringen	83,7	9,6	4,9	1,7	16,3	59,3	30,2	10,5
kreisfreie Städte	84,3	9,1	4,8	1,9	15,7	58,0	30,2	11,8
Landkreise	83,6	9,8	5,0	1,7	16,4	59,7	30,2	10,2

(Quelle: TLS 1999, eigene Berechnungen)

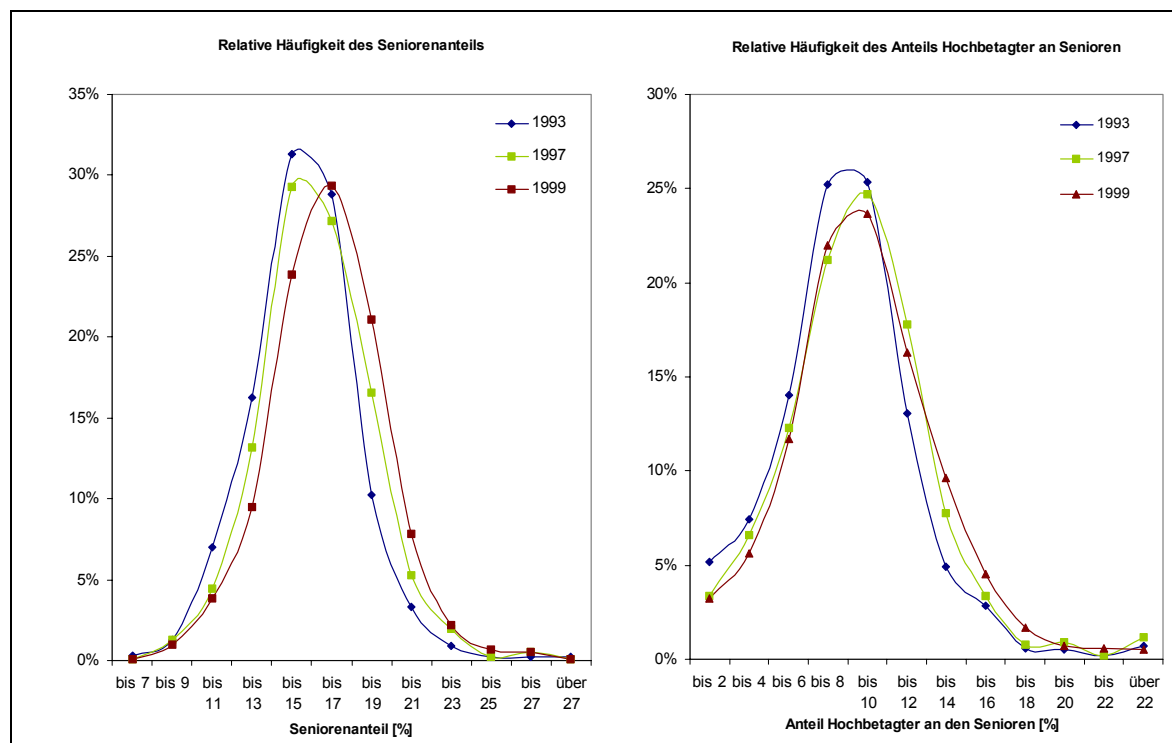
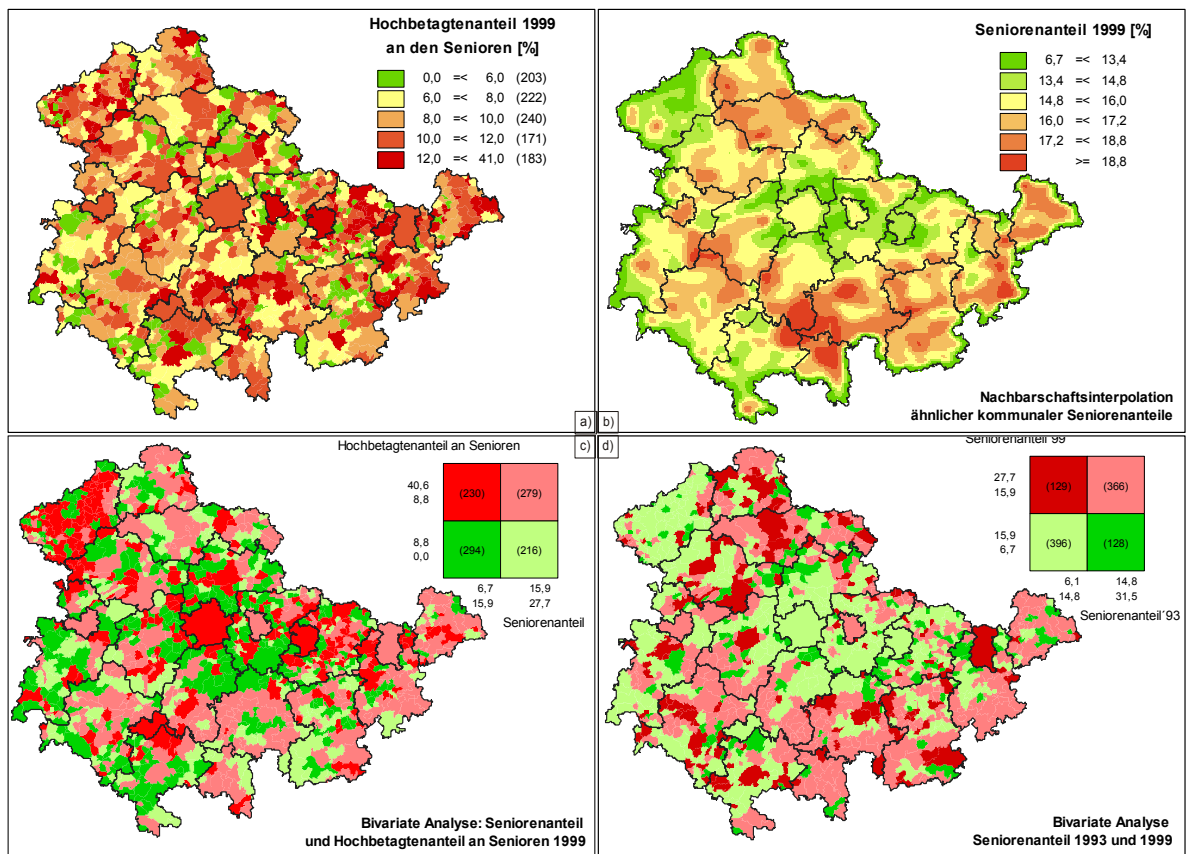
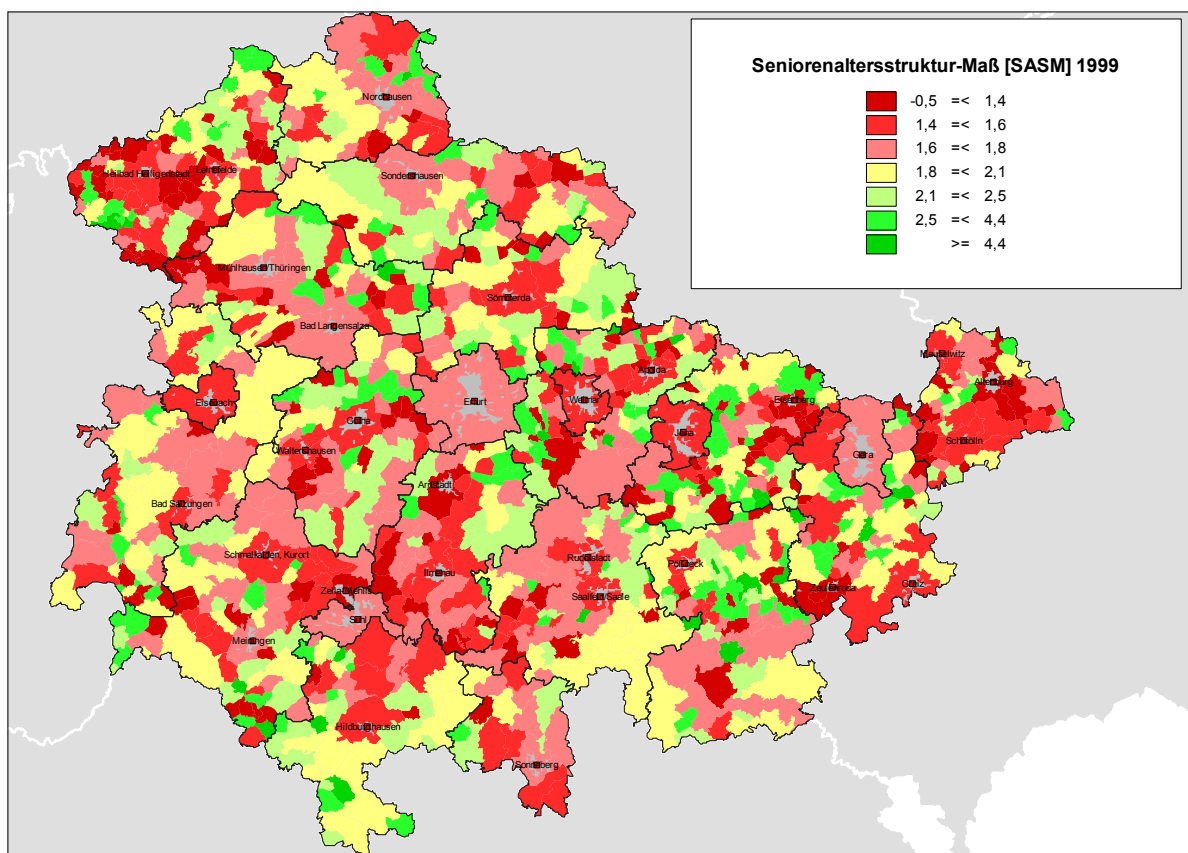


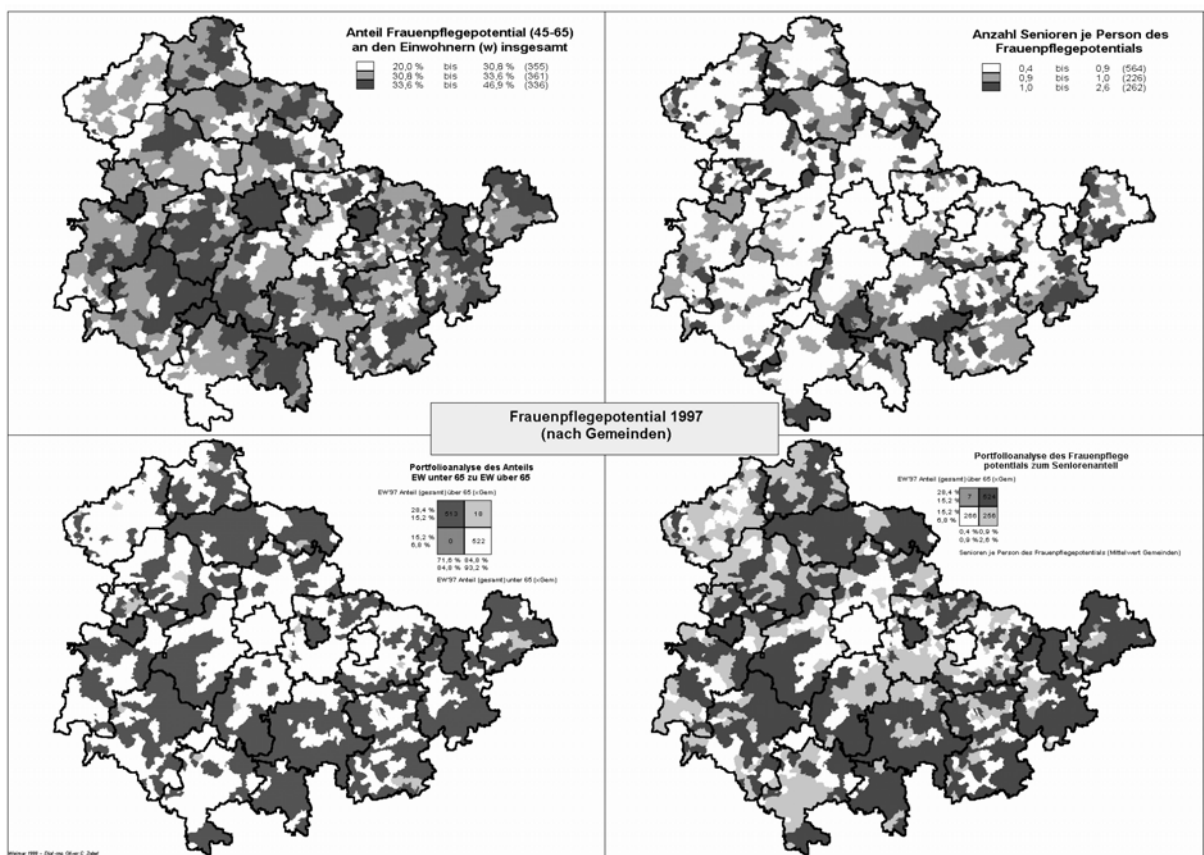
Abb. II-6: Vergleich der relativen Häufigkeit des Senioren- und Hochbetagtenanteils in den Gemeinden Thüringens 1993, 1996 und 1999



Karte II-12: Detailanalysen zur Topologie der Altersstruktur in den Gemeinden Thüringens 1999



Karte II-13: Topologie des Seniorenaltersstruktur-Maß (SAS-Maß) der Gemeinden in Thüringen 1999



Karte II-14: Detailanalysen zur Topologie des Pflegepotentials am 31.12.1997 nach Gemeinden

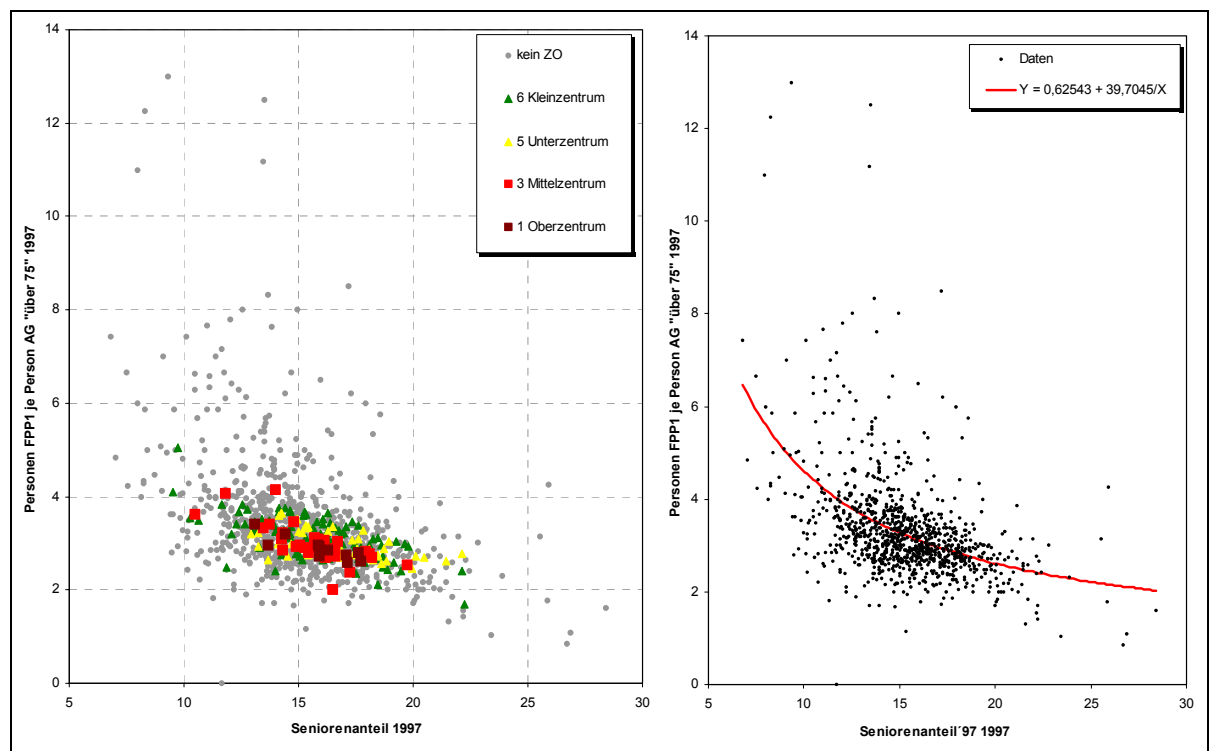


Abb. II-7: Regression zwischen Seniorenanteil und Frauenpflegepotential 1997

II - 2.4 Migration und alterspezifische Mobilität in Thüringen

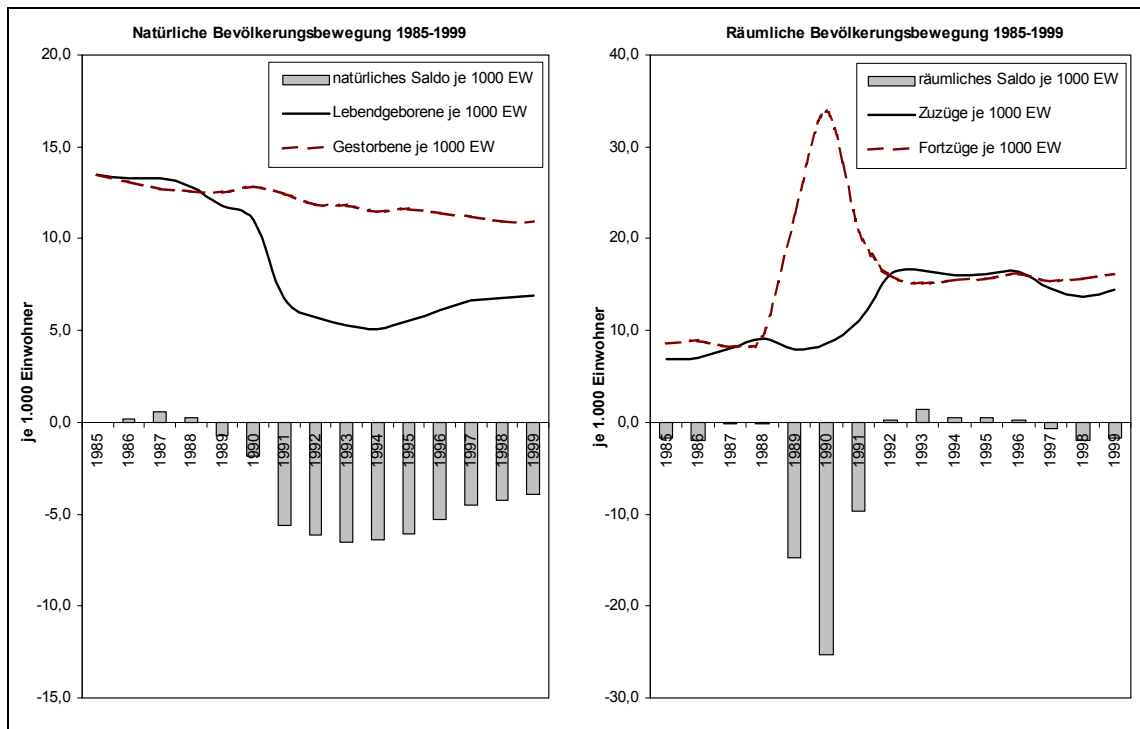


Abb. II-8: Natürliche und räumliche Bevölkerungsbewegung in Thüringen 1985 bis 1999

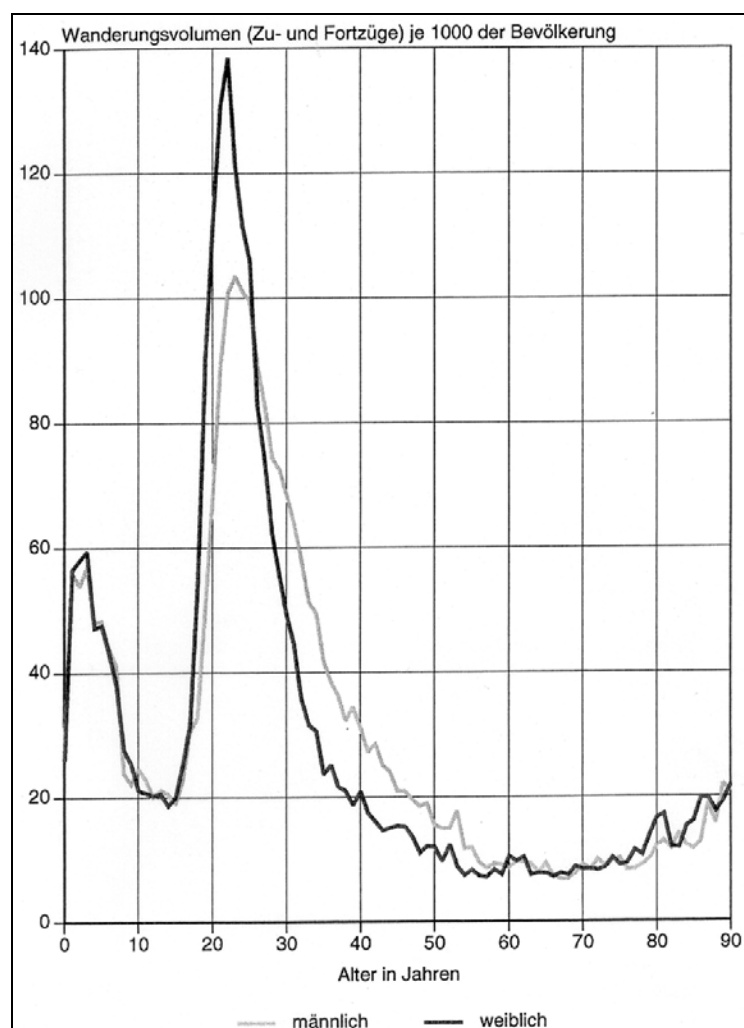


Abb. II-9: Wanderungsvolumen der Wanderungen über die Landesgrenzen Thüringens je 1000 der Bevölkerung nach Geschlecht 1999 (Quelle TLS)

II - 2.5 Haushaltsstruktur und Wohnraum in Thüringen

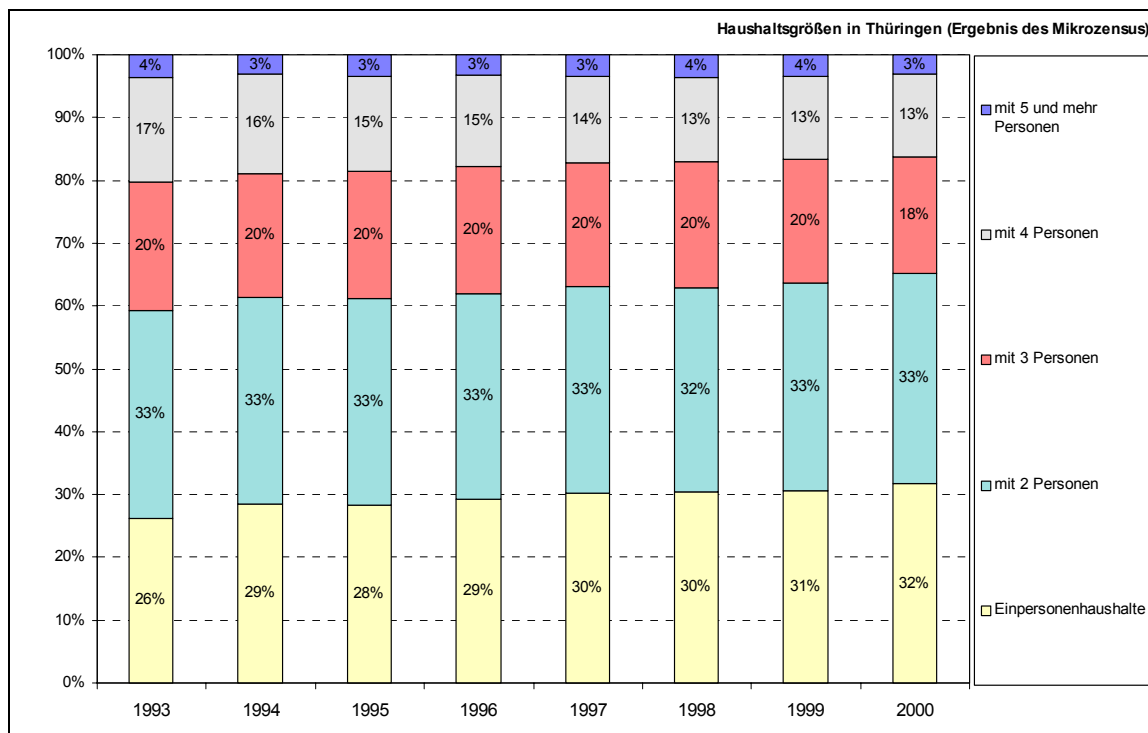


Abb. II-10: Entwicklung der Haushaltsgrößen in Thüringen von 1993 bis 2000 (TLS)

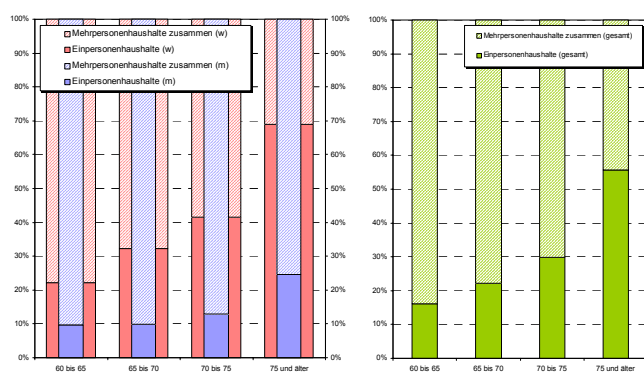


Abb. II-11: Bevölkerung 60 Jahre und älter in Thüringer Privathaushalten im Mai 2000 nach Altersgruppen, Haushaltsgröße und Geschlecht (TLS)

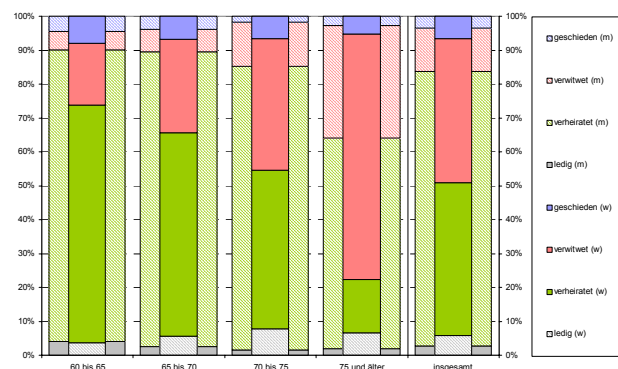


Abb. II-12: Familienstand von Männern und Frauen 60 Jahre und älter in Prozent der jeweiligen Altersgruppe, Thüringen 1999 (TLS)

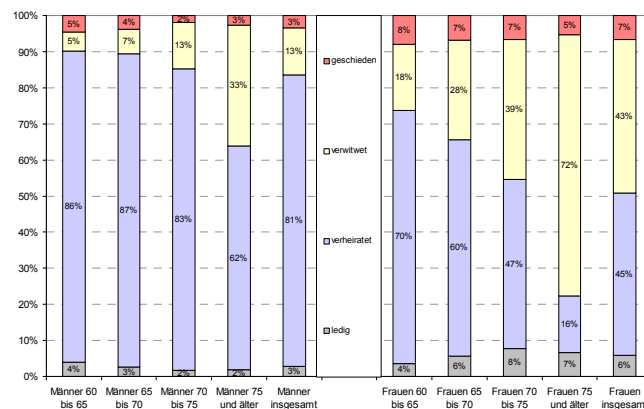


Abb. II-13: Bevölkerung 60 Jahre und älter in Thüringen im Mai 2000 nach Familienstand, Altersgruppen und Geschlecht (TLS)

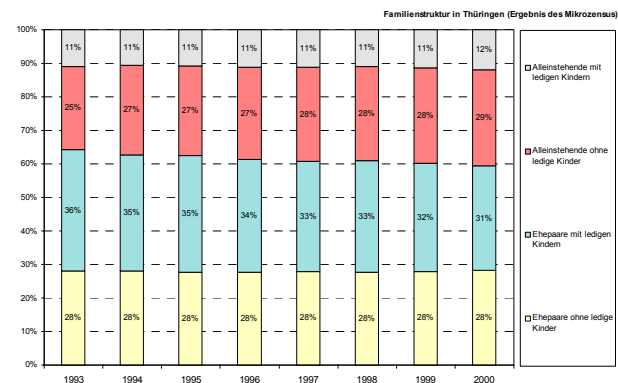
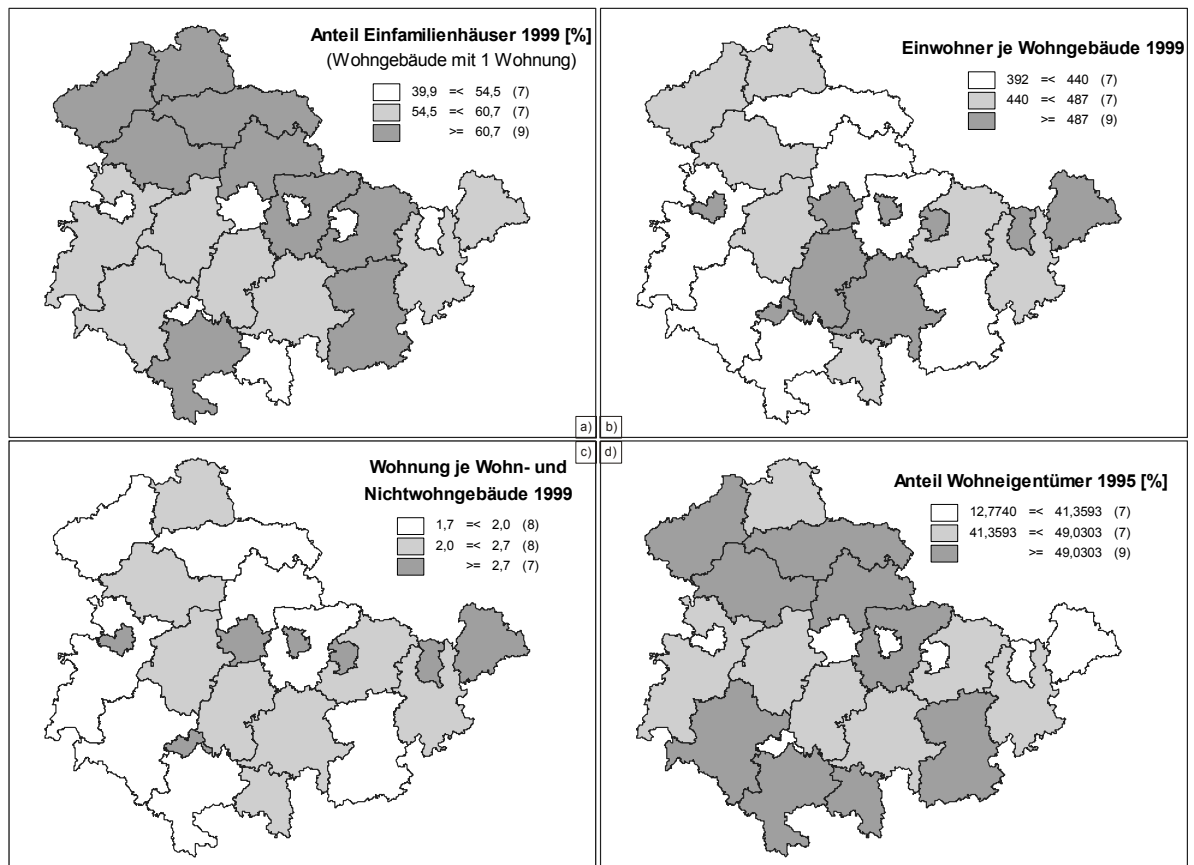
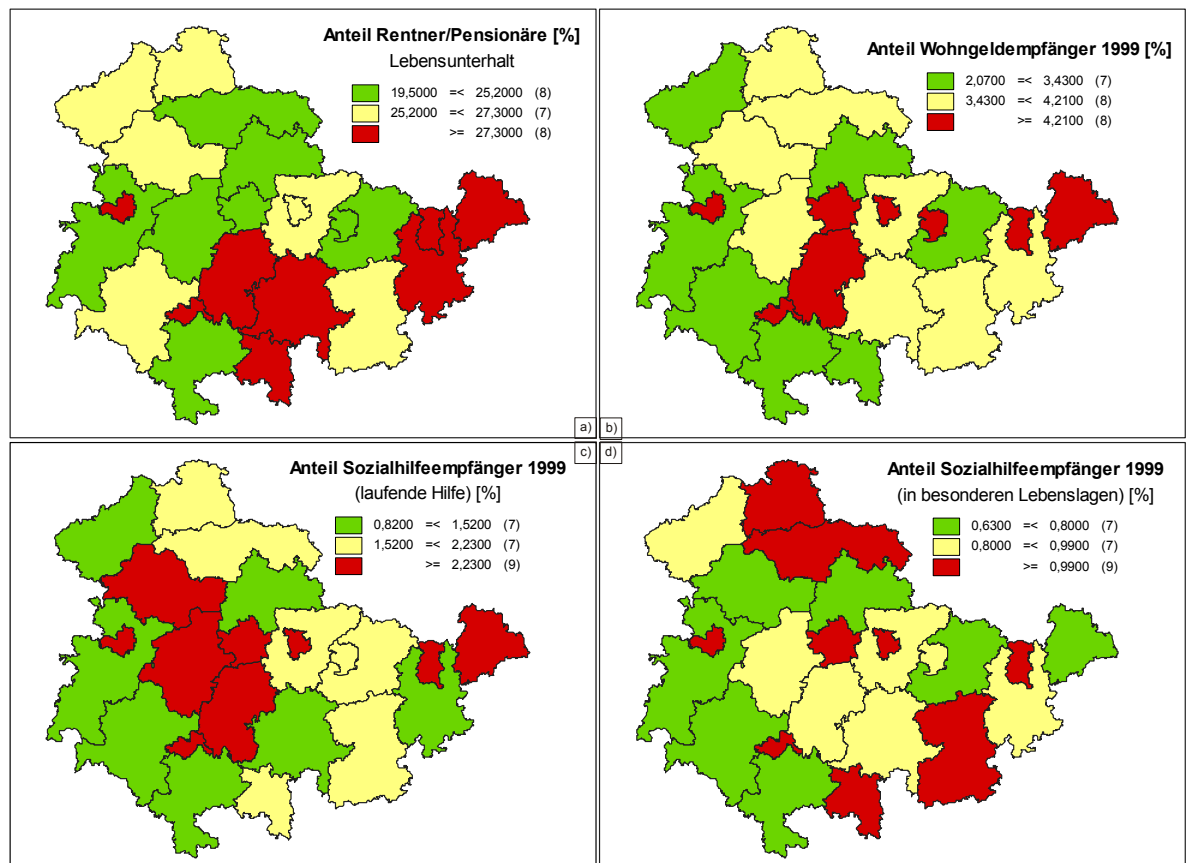


Abb. II-14: Entwicklung der Familienstruktur von 1993 bis 2000 in Thüringen (TLS)

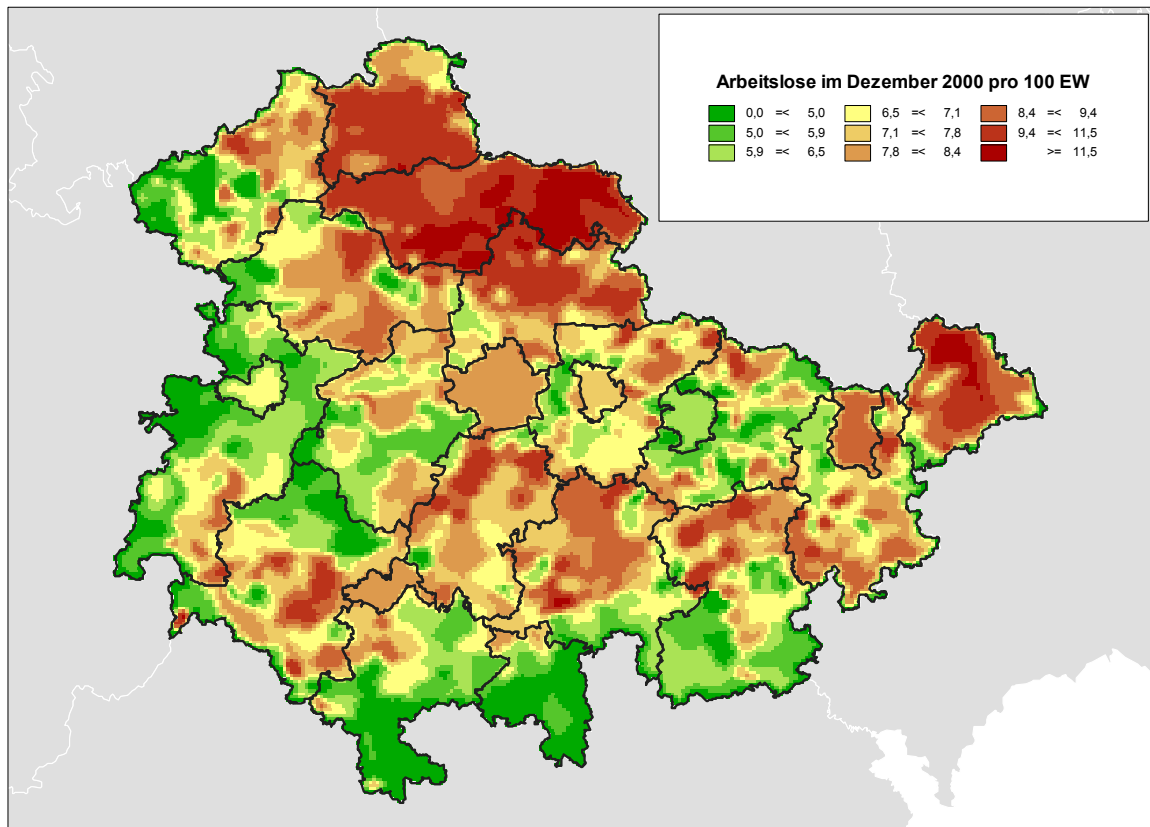


Karte II-15: Topologie der Gebäude- und Wohnraumstruktur in Thüringen 1999

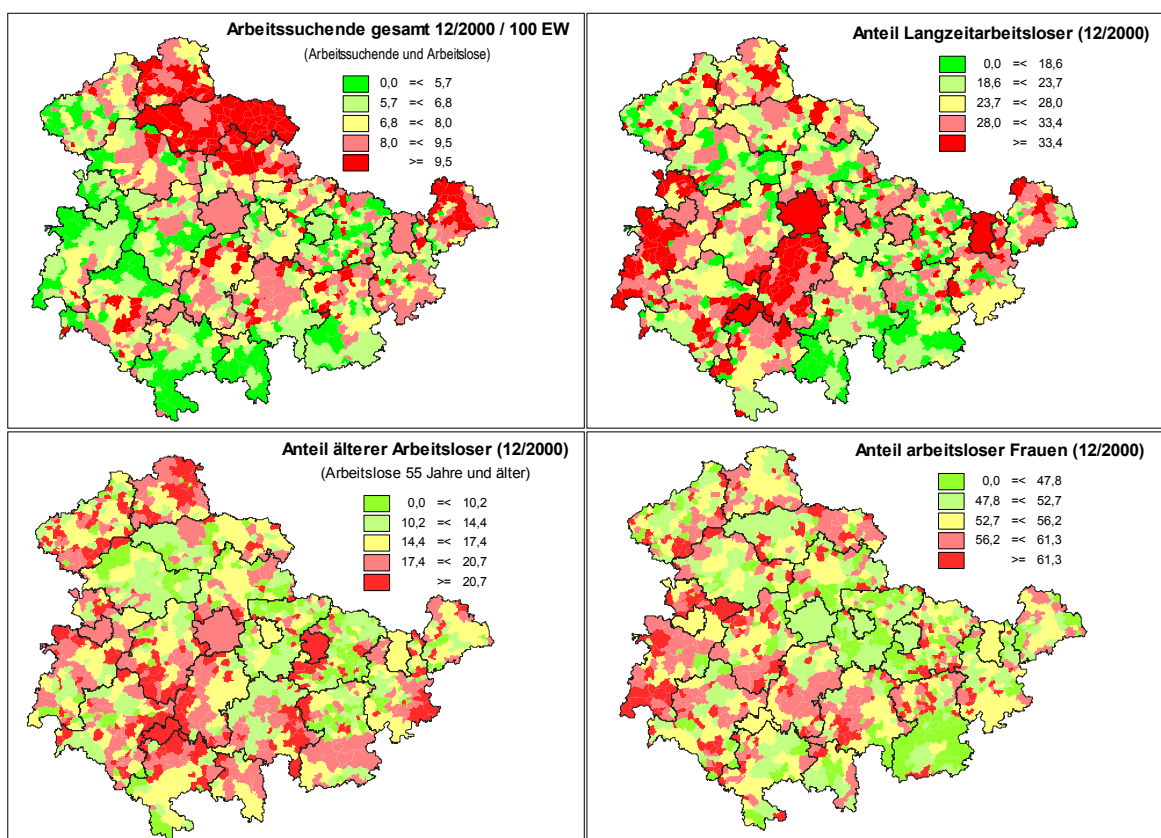
II - 2.6 Arbeitslosigkeit und Sozialhilfe in Thüringen



Karte II-16: Detailanalysen zur Topologie des Lebensunterhalts und der Sozialhilfe in Thüringen 1999



Karte II-17: Arbeitslosigkeit im Dezember 2000 in Thüringen (Basis: Arbeitslose in den Gemeinde)



Karte II-18: Detailanalysen zur Topologie der Arbeitslosigkeit in Thüringen im Dezember 2000

II - 3 Bevölkerungsentwicklung und -prognose

II - 3.1 Bevölkerungsentwicklung in Thüringen

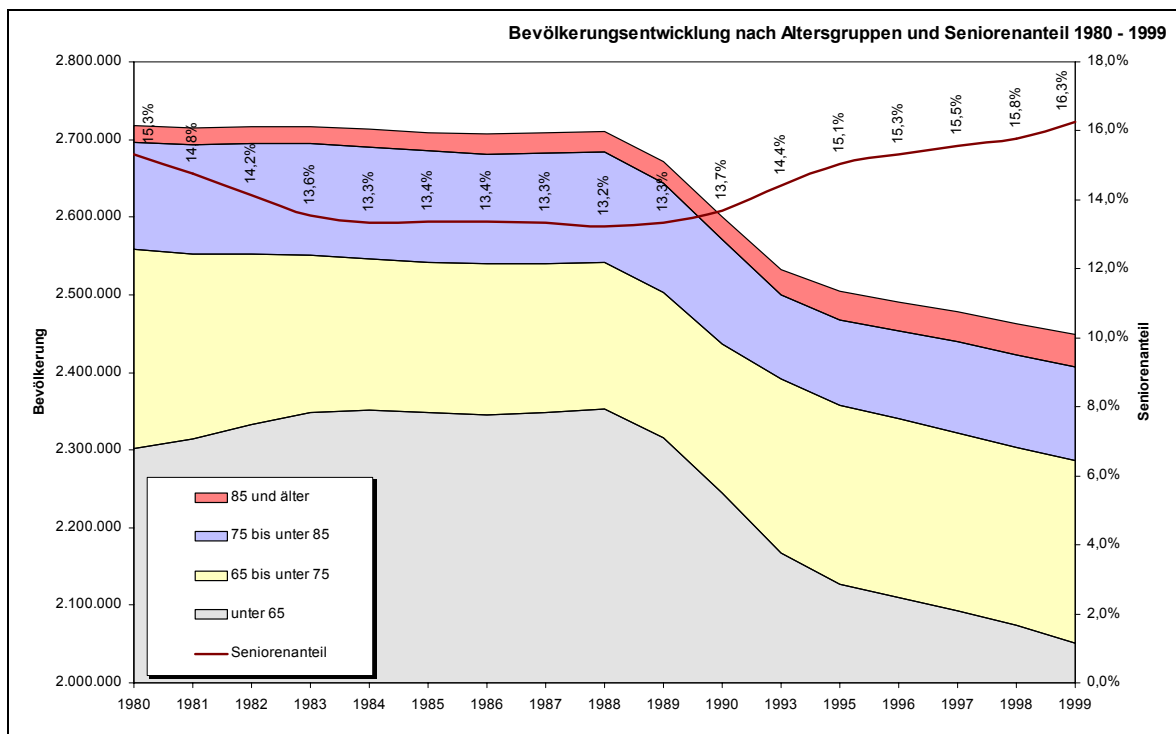


Abb. II-15: Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen und Seniorenanteil 1980 bis 1999 in Thüringen

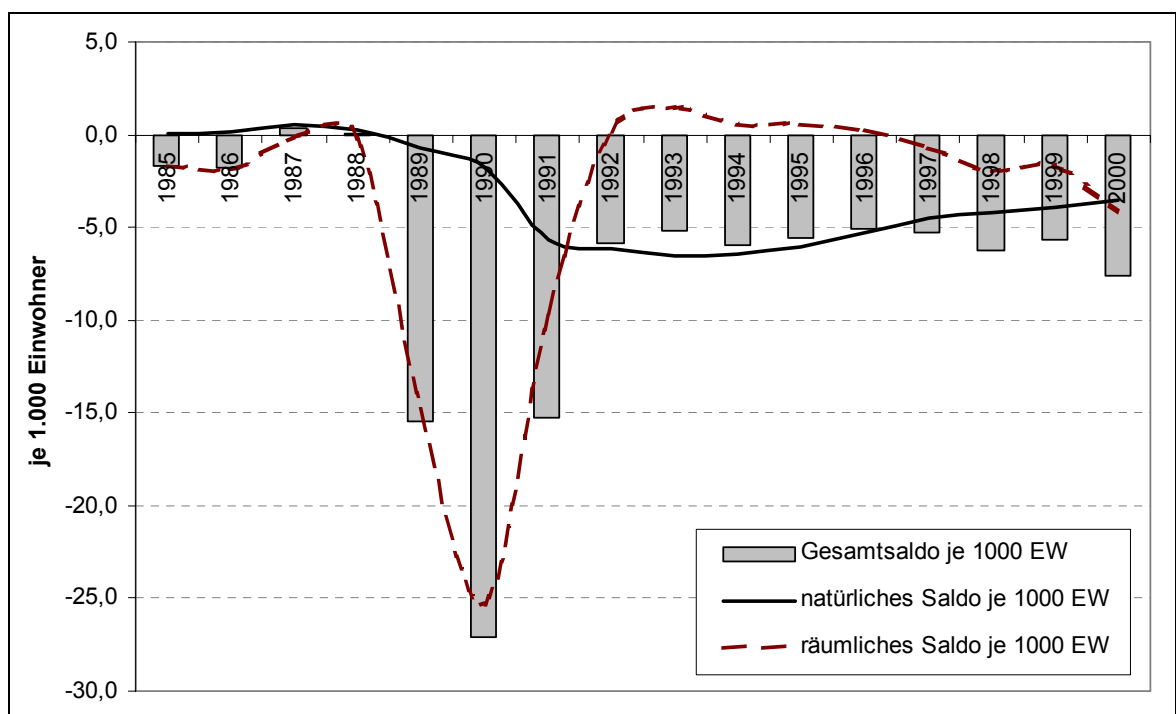


Abb. II-16: Natürliche und räumliche Wanderungsbilanz 1985 bis 1999 in Thüringen

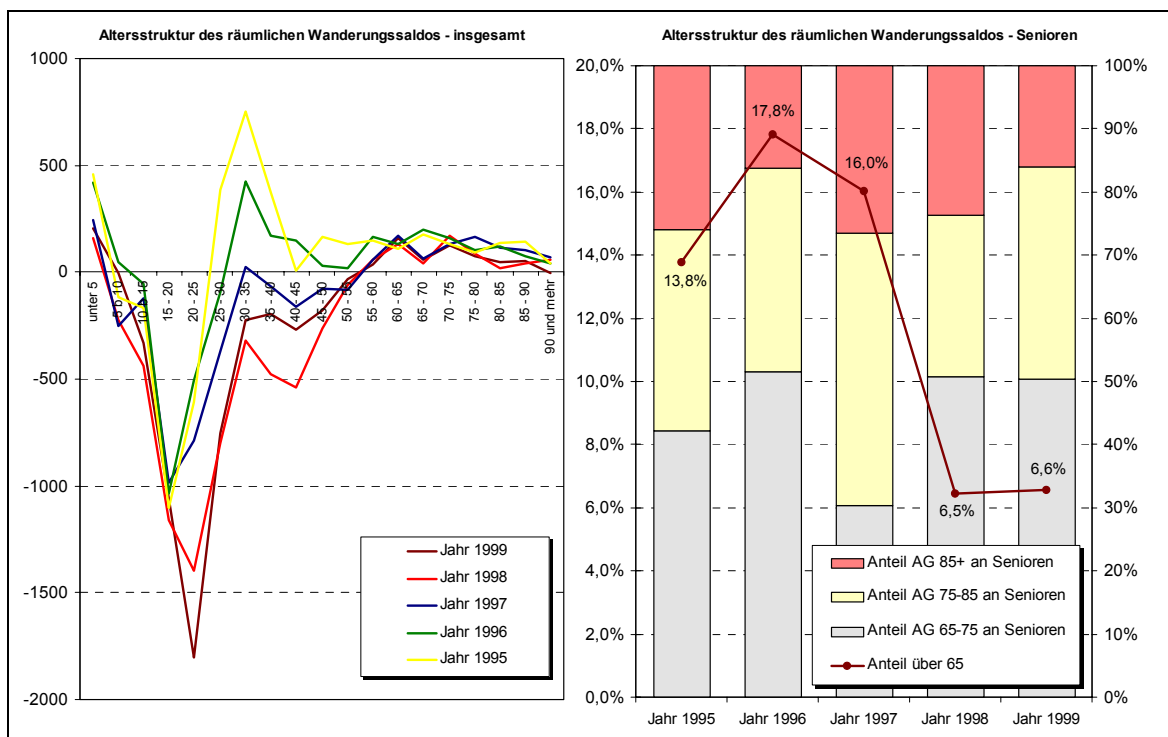


Abb. II-17: Räumliches Wanderungssaldo von 1995 bis 1999 nach Altersstruktur insgesamt und Altersstruktur der Senioren in Thüringen

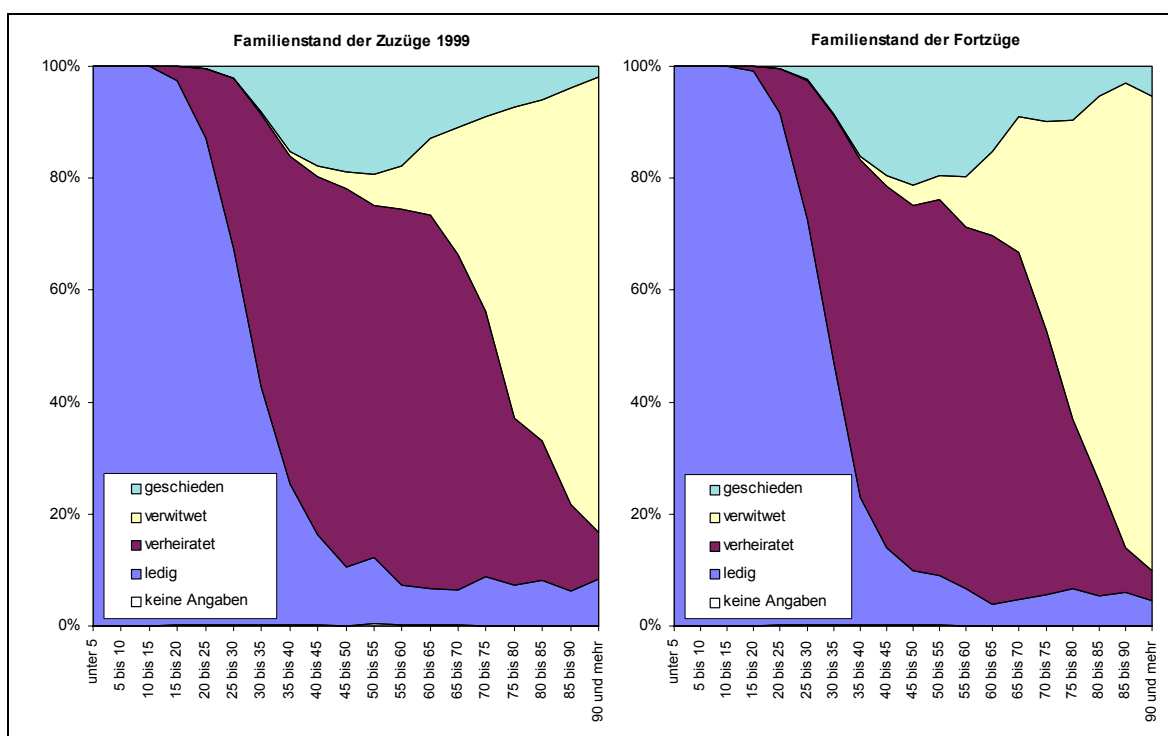
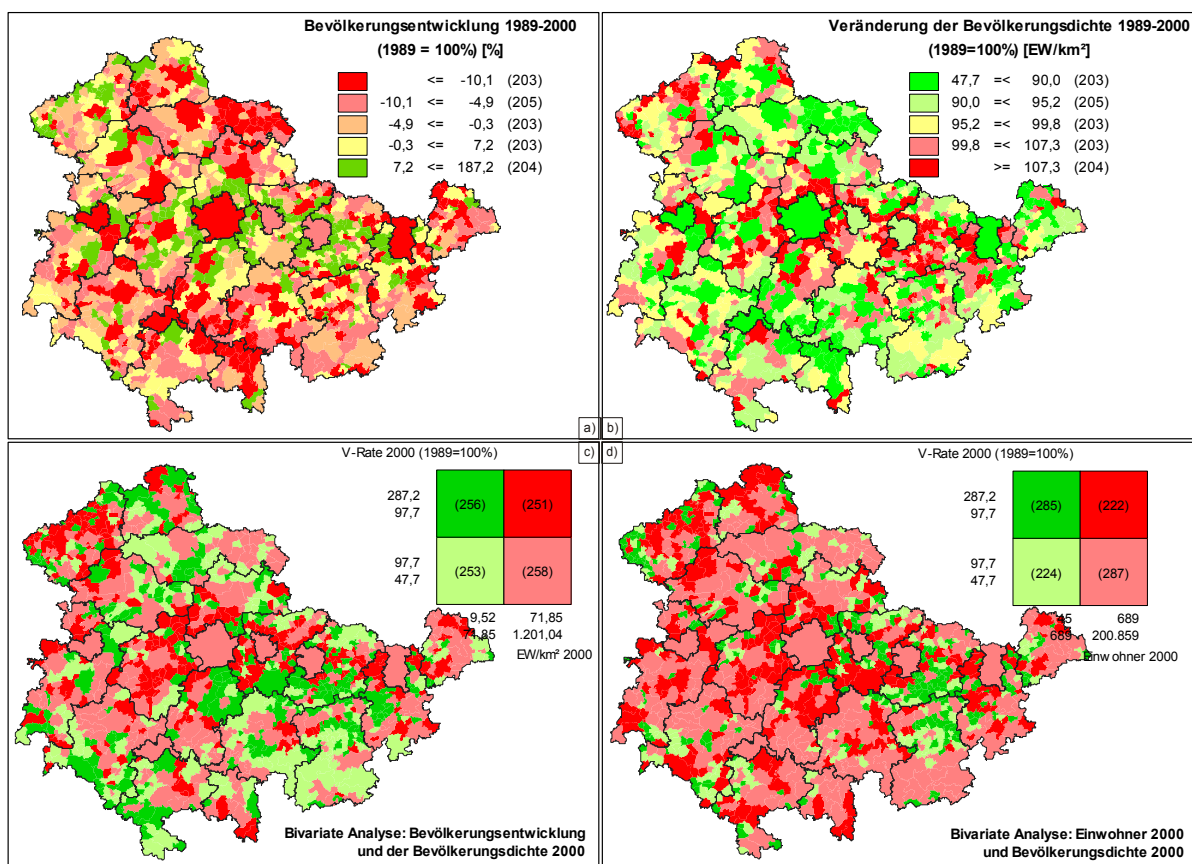
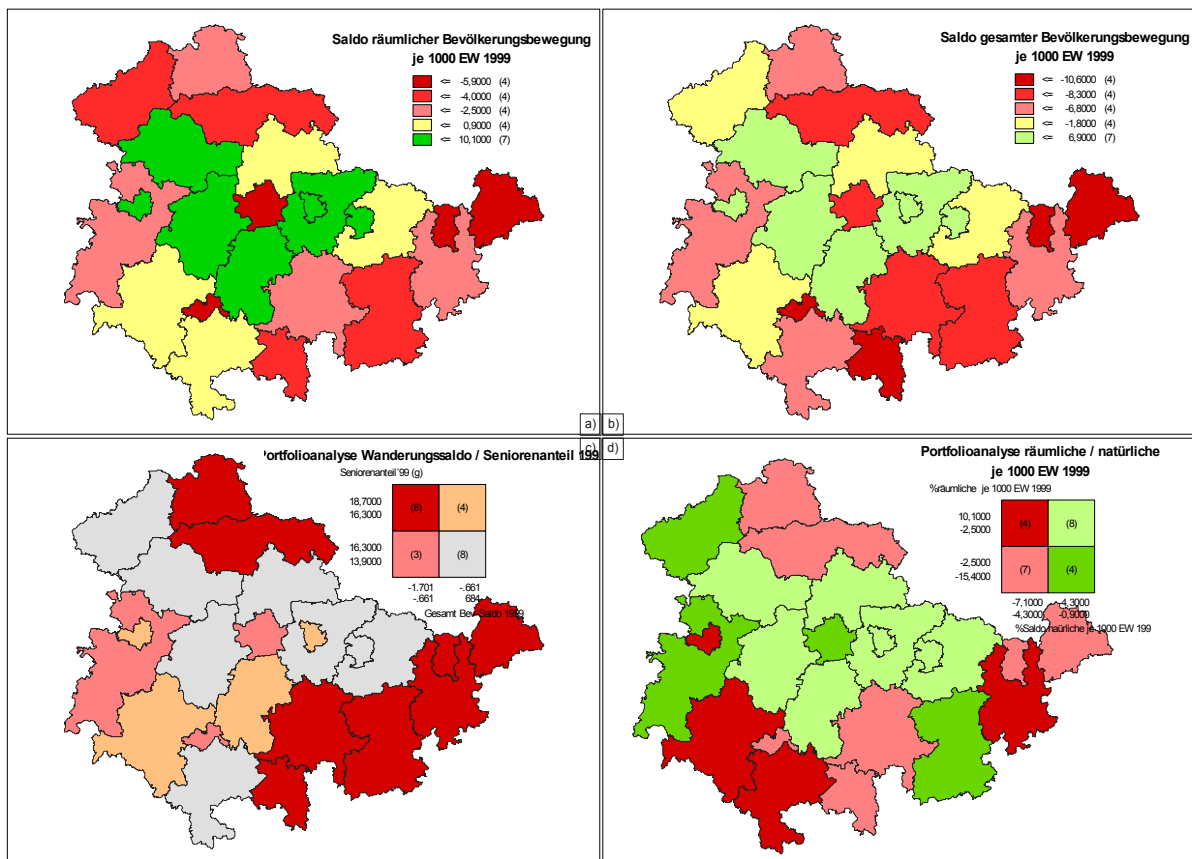


Abb. II-18: Zuzüge und Fortzüge nach Familienstand und Altersgruppe in Thüringen 1999



Karte II-19: Detailanalysen zur Topologie der Bevölkerungsentwicklung 1989-2000 in Thüringen



Karte II-20: Detailanalysen zur Topologie der natürlichen und räumlichen Bevölkerungsbewegung in den Landkreisen und kreisfreien Städten Thüringens 1999

II - 3.2 Bevölkerungsprognosen

Ungeachtet der umfangreichen praktischen und methodischen Erfahrungen mit Bevölkerungsvorausberechnungen zeigt der Rückblick, dass die Treffsicherheit von Prognosen höchst unterschiedlich ausfällt. HEUNEMANN (1992) verdeutlicht diese Problematik anhand der Bevölkerungsvorausberechnungen für den Bezirk Erfurt. Gemäß der unmittelbar vorausgegangenen Entwicklung werden Prognosen mit entweder übermäßigen Bevölkerungszuwachs oder -abnahme erstellt. Prognosen sind damit auch ein Ausdruck von Wünschen oder Befürchtungen.

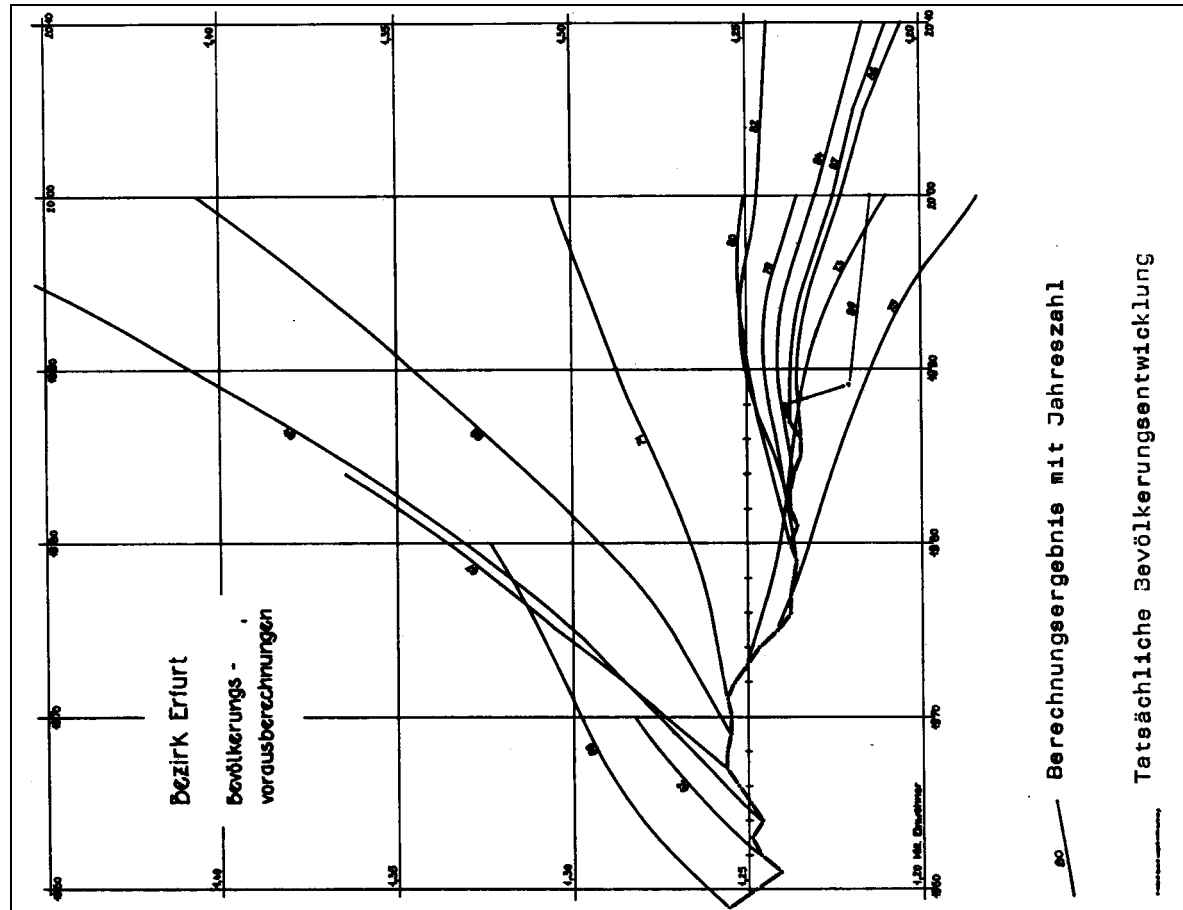


Abb. II-19: Ergebnisbeispiele der Bevölkerungsvorausberechnungen für den Bezirk Erfurt seit 1959 (Quelle: HEUNEMANN 1992)

II - 3.3 9. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung Deutschland

Insgesamt befinden sich die Annahmen und Parameter dieser jüngsten Bevölkerungsvorausschätzung weitgehend im Konsens der aktuellen bevölkerungswissenschaftlichen Diskussion.

- Die Fertilität soll auf dem niedrigen Stand mit 1,4 Kinder je Frau bleiben, den sie in den alten Bundesländern seit Anfang der 80er Jahre hat. Für die neuen Bundesländer wird eine weitgehende Angleichung auf 1,4 bis 2005 angenommen. Damit haben sich die Annahmen zur Fertilität im Vergleich von der 9. zur 8. kBV nicht verändert. Der in der mittleren Variante der Prognose der Vereinten Nationen angenommene langfristige Anstieg bis zum Jahr 2050 auf eine TFR für Deutschland von 1,5 bis 1,6 ist „bei der gegebenen Ausgangslage zu optimistisch“ (STATISTISCHE BUNDESAMT 2000).
- Die 8. kBV ging für den Zeitraum ab 2000 von keinem weiteren Gewinn in der Lebenserwartung aus. Diese Annahme konnte mit Blick auf die Entwicklung in anderen westlichen Gesellschaften³⁵⁴ und aufgrund jüngster Daten nicht mehr aufrechterhalten werden. Die neue Bevölkerungsvorausschätzung geht von einer Verlängerung der Lebenszeit auch in den nächsten Jahrzehnten aus. Konkret erwarten die Statistiker eine Zunahme der Lebens-

³⁵⁴ Die Lebenserwartung für Männer ist in Schweden mit 76,7 Jahren 2,3 Jahre höher als in den alten Bundesländern und für Frauen in Frankreich mit 82,2 Jahren 1,7 Jahre höher.

erwartung bei Geburt um 4 Jahre bis zum Ende des Prognosezeitraumes. Ferner wird im Jahr 2050 für einen 60-jährigen Mann eine weitere Lebenserwartung von 21,6 Jahren und für eine gleichaltrige Frau von 26,7 Jahren angenommen (eine Zunahme von 2,7 bzw. 3,5 Jahre). Für die neuen Bundesländer wird eine vollständige Anpassung an die Ergebnisse für die alten Bundesländer im Jahr 2025 erwartet.

- Die 8. kBV von 1993 stand unter dem Eindruck der hohen Wanderungsgewinne der Jahre 1989 bis 1992³⁵⁵. Damals hatte man als wahrscheinlichstes Szenario für die Zukunft einen durchschnittlichen jährlichen Wanderungsgewinn von 200.000 Personen erwartet. In weiteren Szenarien wurden jährliche Wanderungsgewinne von 100.000 oder 300.000 Personen angenommen. Unter dem Eindruck der gegenwärtig geringen Zuwanderungsgewinne³⁵⁶ geht die aktuelle Vorausschätzung nur noch von zwei Wanderungsszenarien aus: 100.000 und 200.000 Personen jährlich. In der Periode 1960 bis 1998, also vom Beginn der Gastarbeiteranwerbung über den Anwerbestopp, den Zustrom von Asylbewerbern und Bürgerkriegsflüchtlingen Anfang der 90er Jahre bis zur aktuellen Rückkehr der Bosnienflüchtlinge, hatte die Bundesrepublik im Durchschnitt einen positiven jährlichen Wanderungssaldo von durchschnittlich 165.000 Ausländern.
- Zum Binnenwanderungsvolumen werden keine expliziten Angaben gemacht (vgl. II - 4).

Ausgehend von einer Bevölkerung von gegenwärtig rd. 82 Millionen errechnet die 9. kBV mit diesen Annahmen nur noch 65 bis 70 Millionen Einwohner in 50 Jahren (je nach den Annahmen zur Zuwanderung). Zugleich wird sich das zahlenmäßige Verhältnis zwischen älteren und jüngeren Menschen erheblich verschieben. Bis zum Jahr 2050 werden die Menschen im Alter von 58 bis 63 Jahren zu den am stärksten besetzten Jahrgängen gehören: 1999 sind es die 35- bis 40-jährigen.

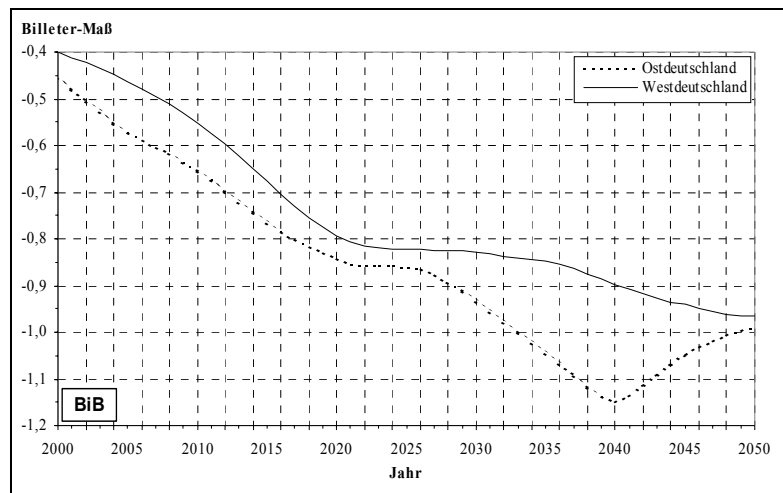


Abb. II-20: Entwicklung des Billeter-Maßes in Ost- und Westdeutschland bis 2050 (9.kbV: STATISTISCHE BUNDESAMT 2000)

Bei einer nahezu gleichen Bevölkerungszahl von 69 Millionen im Jahr 1950 und 70 Millionen im Jahr 2050 wird sich der Altersaufbau innerhalb dieser 100 Jahre umkehren: Waren 1950 etwa doppelt so viele Menschen unter 20 Jahre wie über 59 Jahre alt, so wird es 2050 mehr als doppelt so viele ältere als junge Menschen geben. Grafisch wird diese Veränderung mit den Alterspyramiden aus Abb. II-21 (die heute schon kaum mehr Pyramidenform aufweist) besonders deutlich.

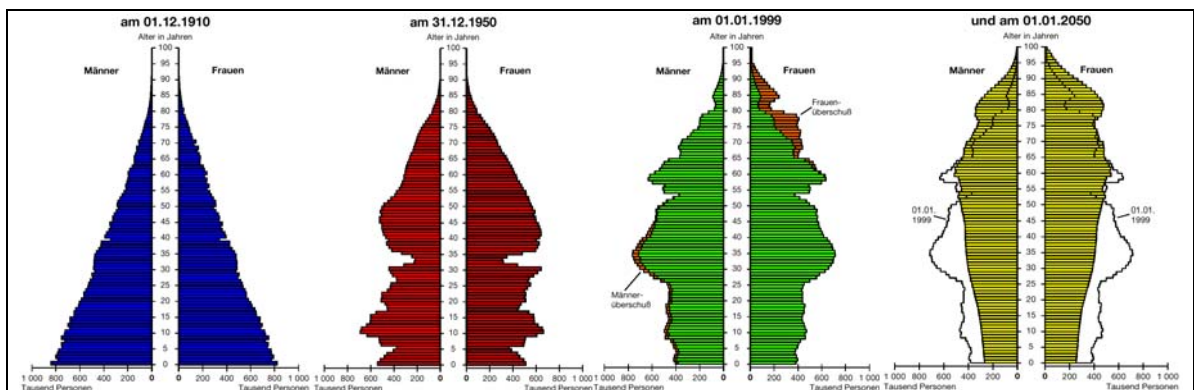


Abb. II-21: Altersaufbau der Bevölkerung Deutschlands (STATISTISCHE BUNDESAMT 2000: Schaubild 4)

³⁵⁵ Das Jahr 1992 war von einem Zuwanderungsüberschuss von 780.000 Personen geprägt.

³⁵⁶ In den Jahren 1997 und 1998 gab es bei der ausländischen Bevölkerung durch Fort- und Zuzüge ein negatives Wanderungssaldo.

II - 3.4 9. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung Thüringen

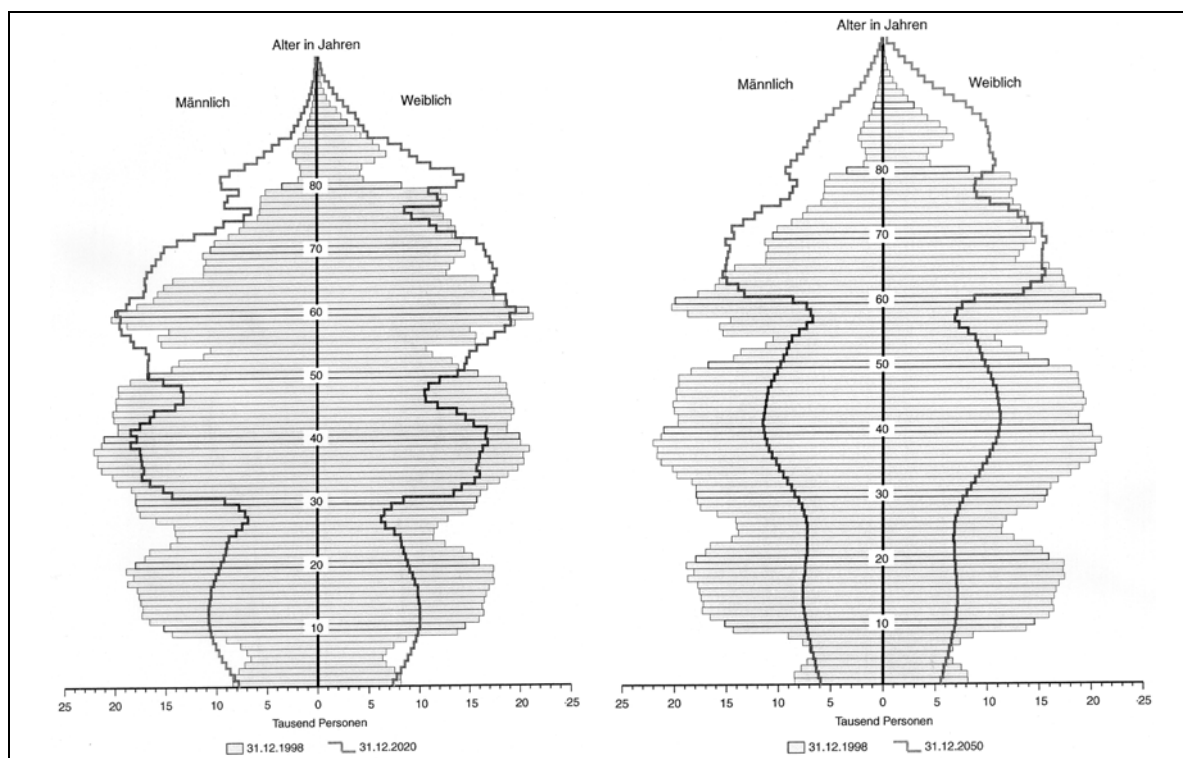


Abb. II-22: Altersaufbau der Bevölkerung Thüringens 1998, 2020 und 2050 (Quelle: TLS)

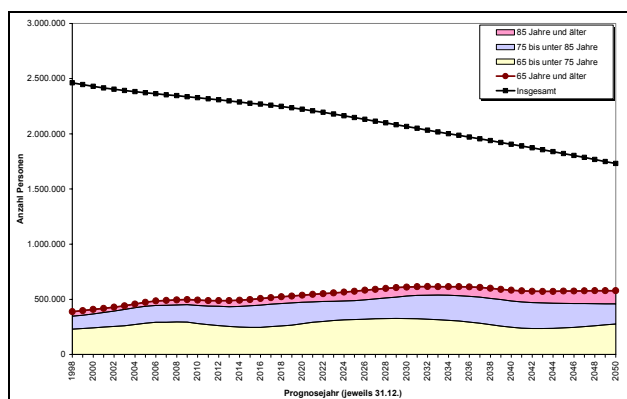


Abb. II-23: Bevölkerungsentwicklung insgesamt und ausgewählter Altersgruppen in Thüringen von 1998 bis 2050

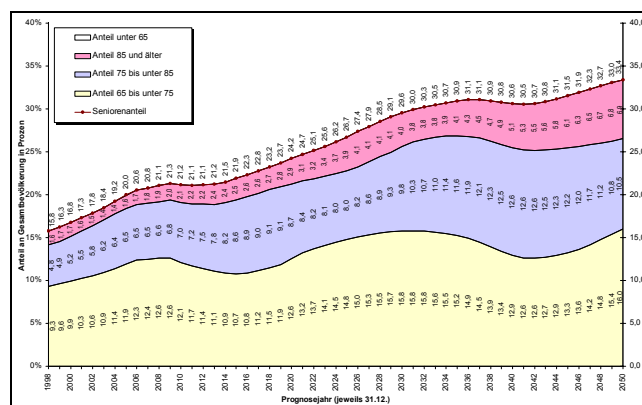
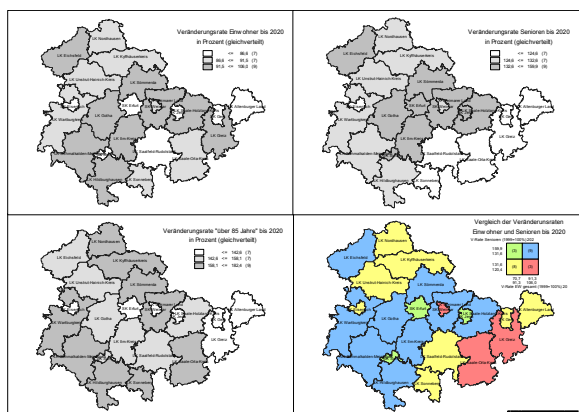


Abb. II-24: Entwicklung der Altersgruppenanteile „65 Jahre und älter“ an den Einwohnern insgesamt in Thüringen von 1998 bis 2050



Karte II-21: Veränderungsraten der Einwohner, Senioren und Hochbetagten bis zum Jahr 2020 in den Landkreisen und kreisfreien Städten

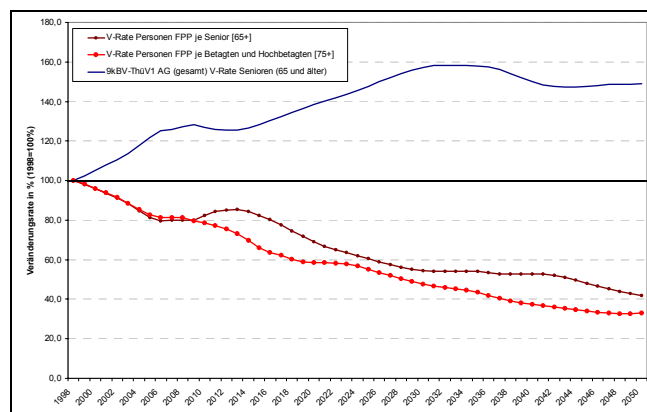
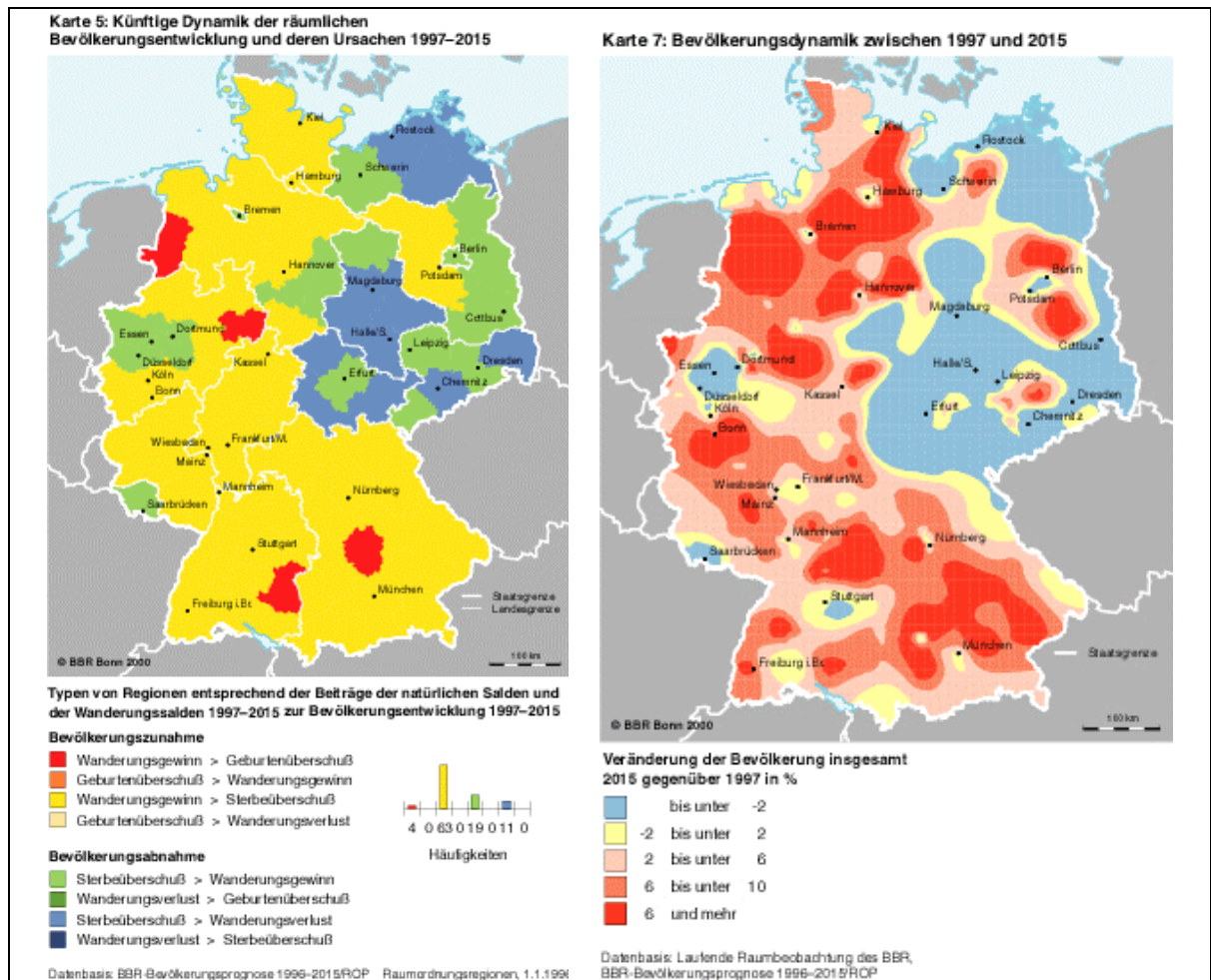


Abb. II-25: Veränderung des Pflegepotentials entsprechend der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung Thüringen 1998 bis 2050

II - 3.5 Bevölkerungsentwicklung und -dynamik im regionalen Vergleich (BBR-Prognose)



Karte II-22: Topologie der räumlichen Bevölkerungsentwicklung, Alterung und Bevölkerungsdynamik insgesamt bis 2015 (Quelle BBR-Prognose: BUCHER 1997)

II - 4 Multiregionales Bevölkerungsmodell mit endogenen Wanderungen nach Birg 1997

Das Multiregionale Bevölkerungsmodell von BIRG (1997) soll „... einen möglichst großen Teil des auf dem Gebiet der Wanderungsmodelle schon vorhandenen empirischen Wissens für ein interdependentes multiregionales Bevölkerungsmodell (...) nutzen, indem nicht nur die beiden grundlegenden Prozesse der Fertilität und Mortalität, sondern auch die Wanderungen im Modell selbst bestimmt, also modellendogen errechnet und nicht – wie bisher üblich – modellexogen ermittelt und von außen in das Modell eingegeben werden“. (BIRG 1997: 12) Demnach ist das Multiregionale Bevölkerungsmodell keine unmittelbare Bevölkerungsprognose, eignet sich aber hervorragend zur Veranschaulichung zukünftiger Entwicklungen bei unterschiedlichen Rahmenbedingungen.

Die Wirkungsweise des multiregionalen Bevölkerungsmodells sowie die modellspezifischen Konsequenzen für die Bevölkerungsentwicklung und Bevölkerungsverteilung auf die 16 Bundesländer werden im Rahmen einer langfristigen Simulationsrechnung für die 16 Bundesländer dargestellt. Ausgangspunkt der Simulationsrechnungen sind die nach einzelnen Altersjahren und Geschlecht gegliederten Bevölkerungsbestände der 16 Bundesländer am 31.12.1991³⁵⁷. Der Simulationszeitraum umfasst die Jahre von 1992 bis 2100. Dabei werden aus der Vielzahl möglicher Varianten, die sich aus der Kombination plausibler Annahmen ergeben, 48 Rechnungen ausgewählt, die die

³⁵⁷ Nach BIRG bieten die Bevölkerungsdaten am 31.12.1991 den Vorteil, dass die Auswirkungen des außergewöhnlich starken Wanderungsgeschehens der Jahre 1989 bis 1991 auf die Bevölkerungszahl der Bundesländer bereits enthalten sind. Relativ starke Wanderungsbewegungen nachfolgender Jahre hatten im Vergleich nicht die gleichen Wirkungen auf die regionalen Bevölkerung.

Konsequenzen unterschiedlichen Binnenmigrationsverhaltens (als Wanderung zwischen den Bundesländern) besonders deutlich darstellen.

Aus unterschiedlichen Parameterkonstellationen der Fertilität, des Binnenwanderungsvolumens und des Außenwanderungssaldos errechnet BIRG insgesamt 48 Simulationsvarianten. Die von Birg hierfür getroffenen Annahmen und Randgrößen unterscheiden sich hauptsächlich durch das Binnenwanderungsvolumen:

- **Fertilität:** In den alten Bundesländern zeigte die Entwicklung der Fertilität in den 80er Jahren und auch am Anfang der 90er Jahre keine wesentliche Veränderung: „Die durchschnittliche zusammengefasste Geburtenziffer (TFR = Total Fertility Rate) von 1,4 im gewogenen Durchschnitt aller alten Bundesländer erwies sich als nahezu konstant.“ (BIRG 1997: 20) Ferner sind nach BIRG auch keine Veränderungen der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen erkennbar, die zu einer grundlegenden Veränderung in der überschaubaren Zukunft führen könnten. Hingegen hat sich in den neuen Bundesländern der in der zweiten Hälfte der 80er Jahre einsetzende Geburtenrückgang mit der Wiedervereinigung extrem beschleunigt. Die Situation ist demnach (nicht erst seit der Wende) grundlegend anders. BIRG nimmt an, dass der Zeitpunkt der Angleichung der neuen an die alten Bundesländer auf das Niveau einer zusammengefassten Geburtenziffer von 1,4 bis zum Jahr 2020 erreicht ist.³⁵⁸ Zu berücksichtigen ist, dass gleichzeitig eine Angleichung an die Altersstruktur der Mütter bei der Geburt der Kinder erfolgen wird. Über das Jahr 2020 wurden für das Bevölkerungsmodell von BIRG keine weiteren Modellierungen der Geburtenrate vorgenommen, da Aussagen über Veränderungen des generativen Verhaltens von Frauen, die noch nicht geboren sind, nicht sinnvoll erscheinen. Demnach wird unterschieden in eine Basisvariante A (1,4), in einen weiteren Rückgang der TFR auf durchschnittlich 1,2 im und ab dem Jahr 2020 für Deutschland (Variante B) und einem Anstieg auf 1,6 Kinder je Frau (Variante C).
- **Mortalität:** Gemeinhin gilt, dass regionale Unterschiede in der Mortalität bzw. der Lebenserwartung wesentlich geringer sind als die entsprechenden Fertilitätsunterschiede. Ferner sind nach BIRG die Variation der Fertilität auf das quantitative Ergebnis der Simulationsrechnung um ein Mehrfaches größer als die Wirkung einer Mortalitätsänderung: „Deshalb schien es gerechtfertigt, auf die Variation der Mortalität zu verzichten“ (BIRG 1997: 80)
- **Migration:** Im allgemeinen sind Wanderungen die wichtigste Größe für die Bevölkerungsentwicklung: „In den Teilregionen der meisten Industrieländer hat die räumliche Komponente der Bevölkerungsentwicklung eine wesentlich höhere Bedeutung als die natürliche Komponente aus Geburten und Sterbefällen.“ (BIRG 1997: 35) Im Unterschied zu Einregionenmodellen oder isolierten Schätzungen von Teilregionen im Mehrregionenfall reicht es für das Bevölkerungsmodell von BIRG nicht aus, den Gesamteffekt der räumlichen Komponente in Form eines Wanderungsgewinns oder -verlustes auszugeben. Für die Schätzung eines zukünftigen Wanderungssaldos einer Teilregion werden Annahmen zu Wanderungsverflechtungen mit den übrigen Teilregionen mit einbezogen: „Der zukünftige Binnenwanderungssaldo einer Region kann also nicht beliebig gesetzt werden, sondern er muß gemäß dieser Restriktion³⁵⁹ im Kontext der übrigen Binnenwanderungsströme gesehen werden.“ (BIRG 1997: 35) BIRG unterscheidet hierzu Konzentrations- und Dekonzentrationswirkungen. Sogenannte Pull- und Push-Effekte bewirken eine relative Bevölkerungszunahme in Teilregionen durch Wanderungsgewinne (Konzentrationswirkung durch Pull-Effekte in Relation zur Dekonzentration in anderen Regionen mit Push-Effekten) obwohl die Gesamtbevölkerung aller Regionen aufgrund der niedrigen Fertilität langfristig schrumpft. Diese unterschiedliche Mobilitätsbereitschaft wird im Bevölkerungsmodell mit der Variation der Parameter b und c sowie dem Entfernungswiderstand d abgebildet.

Ergebnisse der Simulationsrechnung

Aspekt Außenwanderung: Angesichts aktueller gesellschaftspolitischer Diskussionen ist die aufschlussreichste Wenn-Dann-Aussage des Bevölkerungsmodells über die Zukunft die Nullsetzung des Parameters Außenwanderung. BIRG demonstriert, welche dramatische Bevölkerungsschrumpfung sich ohne jegliche Außenwanderung ergeben würde: „Ohne jegliche Außenwanderung würde die Bevölkerung in Deutschland bis zum Ende des 21. Jahrhunderts von 80,2 Mio. (1991) auf 24,4 Mio. abnehmen.“ (BIRG 1997)³⁶⁰ Aufgrund niedriger Fertilität und Nettowanderung in die alten Bundesländer ist die Abnahme in den neuen Bundesländern stärker (83,7%) als in den alten Bundesländern (66,4%). Nach BIRG wird dieser heuristisch, rein hypothetische Charakter am Land Bremen besonders deutlich: Die Bevölkerungszahl würde auf 39.000 abnehmen: „... ein fiktiver, irrealer Fall, der zeigt, dass sich sowohl das Fertilitäts- als auch das Wanderungsverhalten ändern werden bzw. ändern müssen, damit diese Entwicklung *nicht* eintritt.“ (BIRG 1997: 84)

³⁵⁸ Im Vergleich dazu ist der Anpassungszeitraum der 9. kBV bis 2005 deutlich länger.

³⁵⁹ Restriktion meint, dass bei der Binnenmigration die Summe aller Fortzüge der Summe aller Zuzüge entsprechen muss.

³⁶⁰ Vgl. auch Studienbericht für die Bundestagsenquete-Kommission (BIRG 1995): 23,5 Mio.

Bei allen neuen Bundesländer führt diese Parameterkonstellation zu einem Rückgang der Bevölkerungsanteile (1991=18,1% auf 2100=9,6%: vgl. Tab. II-9). In Thüringen würde im gleichen Zeitraum 1991 bis 2100 die Bevölkerung im Jahr 2100 auf 17,2% bzw. 443.000 Personen abnehmen. Gleichzeitig reduziert sich der Bevölkerungsanteil Thüringens in der Bundesrepublik von 3,2% auf 1,8% im Jahr 2100.

	1991	2100
alte Bundesländer	65.766	22.083
neue Bundesländer	14.507	2.358
darunter Thüringen	2.572	443
Deutschland	80.275	24.441

Tab. II-9: Bevölkerungsentwicklung mit Binnenwanderungen aber ohne Außenwanderungen – Variante 26 nach BIRG (in Tsd.)

Aspekt Fertilität: Ein Anstieg der Fertilität von 1,4 auf den im europäischen Vergleich durchaus hohen Wert von 1,6 Lebendgeburten pro Frau würde die starke Bevölkerungsschrumpfung nicht verhindern: In den alten Bundesländern würde sich bei BIRG ohne Außenwanderungen bis 2100 ein Rückgang auf 29,6 Mio. (entspricht -55%) und in den neuen Bundesländern auf 3,1 Mio. (entspricht -79%) einstellen. Umgekehrt würde ein Absinken der Fertilität auf 1,2 Lebendgeburten pro Frau die Bevölkerungszahl ohne Außenwanderung in den alten Bundesländern auf 16,1 Mio. und in den neuen Bundesländern 1,7 Mio. reduzieren.

Bei niedrigen, mittleren und hohen Außenwanderungssaldo und bei einem normalen Niveau des Binnenwanderungsvolumens ergeben sich wesentlich wirklichkeitsnähere Resultate. Die Resultate unterschiedlich hoher Außenwanderungssalden unterscheiden sich jedoch nur wenig für einen 109 Jahre umfassenden Simulationszeitraum: Die schrittweise Erhöhung des Außenwanderungssaldos von 200.000 auf 300.000 pro Jahr hat einen Anstieg der Bevölkerungszahl im Jahr 2100 um jeweils rd. 5 Mio. zur Folge (vgl. Tab. II-10).

Größere Bedeutung hat das Außenwanderungssaldo für die räumliche Verteilung der Bevölkerung im Bundesgebiet und für die absoluten Bevölkerungszahlen der Bundesländer. In der Vergangenheit hatten die neuen Bundesländer im Vergleich zu ihrer Bevölkerungszahl einen vergleichsweise geringen Anteil am gesamten Außenwanderungssaldo Deutschlands. Wird unterstellt, dass sich die räumlichen Strukturen der Außenwanderungsströme so ändern, dass das Außenwanderungssaldo zur Bevölkerungszahl proportional ist, so ergibt sich eine deutlich höhere Zahl von 6,2 Mio. in den neuen Bundesländern (bei Außenwanderungssaldo 250 Tsd.).

	1991	2100 Außenwanderungssaldo		
		niedrig 200.000 (V29)	mittel 250.000 (V1)	hoch 300.000 (V34)
alte Bundesländer	65.766	40.626	45.274	49.927
neue Bundesländer	14.507	3.895	4.270	4.638
Deutschland	80.275	44.521	49.544	54.565

Tab. II-10: Bevölkerungsentwicklung mit Binnenwanderungen und Außenwanderungen – Variante 1, 29 und 34 nach BIRG (Tsd.)

Wird hingegen die Fertilität variiert (1,2/1,4/1,6 Lebendgeborene pro Frau), nimmt die Bevölkerungszahl jeweils um rd. 10 Mio. zu (vgl. Tab. II-11 der mittleren Wanderungsannahme).

	1991	2100 Lebendgeborene pro Frau		
		1,2	1,4	1,6
alte Bundesländer	65.766	36.903	45.274	55.591
neue Bundesländer	14.507	3.546	4.270	5.058
Deutschland	80.275	40.449	49.544	60.649

Tab. II-11: Bevölkerungsentwicklung mit Binnenwanderungen, Außenwanderungen und alternative Fertilitätsraten nach BIRG (Tsd.)

Ausgewählte Bevölkerungssimulationsrechnungen im Detail

Dem eingangs erwähnten Rahmen entsprechend, orientiert sich die nachfolgende Variantenauswahl weniger an bevölkerungstheoretischen und -methodischen Aussagen des Forschungsberichtes, sondern an den Tendenzaussagen und damit einhergehenden Konsequenzen für Thüringen. Aus den 48 Bevölkerungssimulationsrechnungen werden vier Simulationen exemplarisch dargestellt, bei denen die Fertilität bei 1,4 konstant ist. Variiert wird bei den ausgewählten Simulationen die Außenwanderung (keine Außenwanderung bzw. Außenwanderung von jährlich 250.000) sowie das Binnenwanderungsvolumen (100% entspricht dem Normalwert der Vergangenheit und eine 20% Zunahme auf 120%). Die Parameterkonstellationen sind bei der Auswahl:

- BIRG Simulationsvariante 1: normale/unveränderte Binnenwanderung und mittlere Außenwanderung (Binnenwanderungsvolumen 100% Normalwert, Außenwanderungssaldo 250.000 Personen und Fertilität 1,4 Lebendgeburten je Frau)
- BIRG Simulationsvariante 26: normale/unveränderte Binnenwanderung aber ohne Außenwanderungsgewinne (Binnenwanderungsvolumen 100% Normalwert, Außenwanderungssaldo 0 (keine) und Fertilität 1,4 Lebendgeburten je Frau)
- BIRG Simulationsvariante 37: hohes Binnenwanderungsvolumen aber ohne Außenwanderungsgewinne (Binnenwanderungsvolumen 120% (um 20% erhöhter Normalwert bei unverändertem Binnenwanderungsverhalten), Außenwanderungssaldo 0 (keine) und Fertilität 1,4 Lebendgeburten je Frau)
- BIRG Simulationsvariante 43: hohes Binnenwanderungsvolumen und mittlere Außenwanderungsgewinne (Binnenwanderungsvolumen 120% (um 20% erhöhter Normalwert bei unverändertem Binnenwanderungsverhalten), Außenwanderungssaldo 250000 Personen, Fertilität 1,4 Lebendgeburten je Frau)

Die Veränderungsrate der Bevölkerung in den einzelnen Bundesländern in Prozent des Basisjahres 1991 sind in Abb. II-26 für die Simulationsvarianten 1 und 37 zusammengefasst. Abb. II-27 stellt die Ergebnisse der vier ausgewählten BIRG Simulationsvarianten den Ergebnissen der 8. und 9. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnungen für Thüringen gegenüber. Deutlich wird die Diskrepanz von rd. 562 Tsd. Personen der 9. kBV zur optimistischen Variante 1 nach BIRG. Augenscheinlicher wird die Konzentration des Bevölkerungsrückganges in Karte II-23 visualisiert anhand einer einfachen Punktstreuarte.

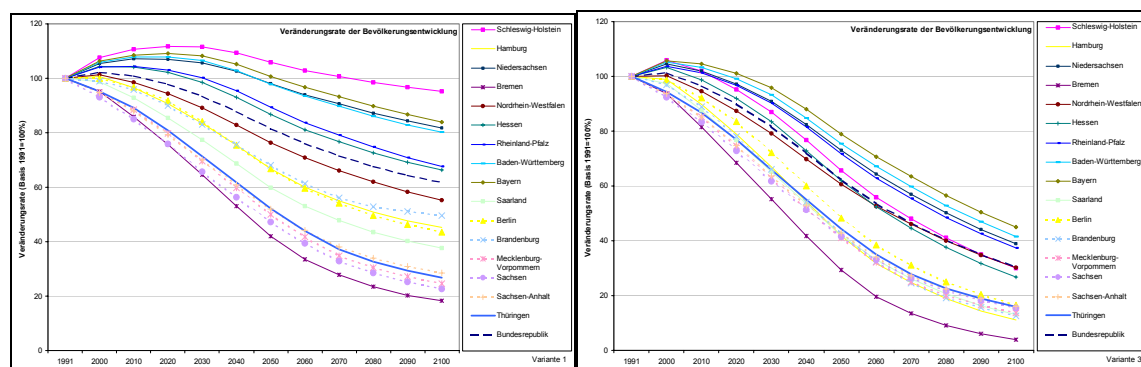


Abb. II-26: Bevölkerungsveränderungsraten der Bundesländer nach BIRG Simulationsvarianten 1 und 37

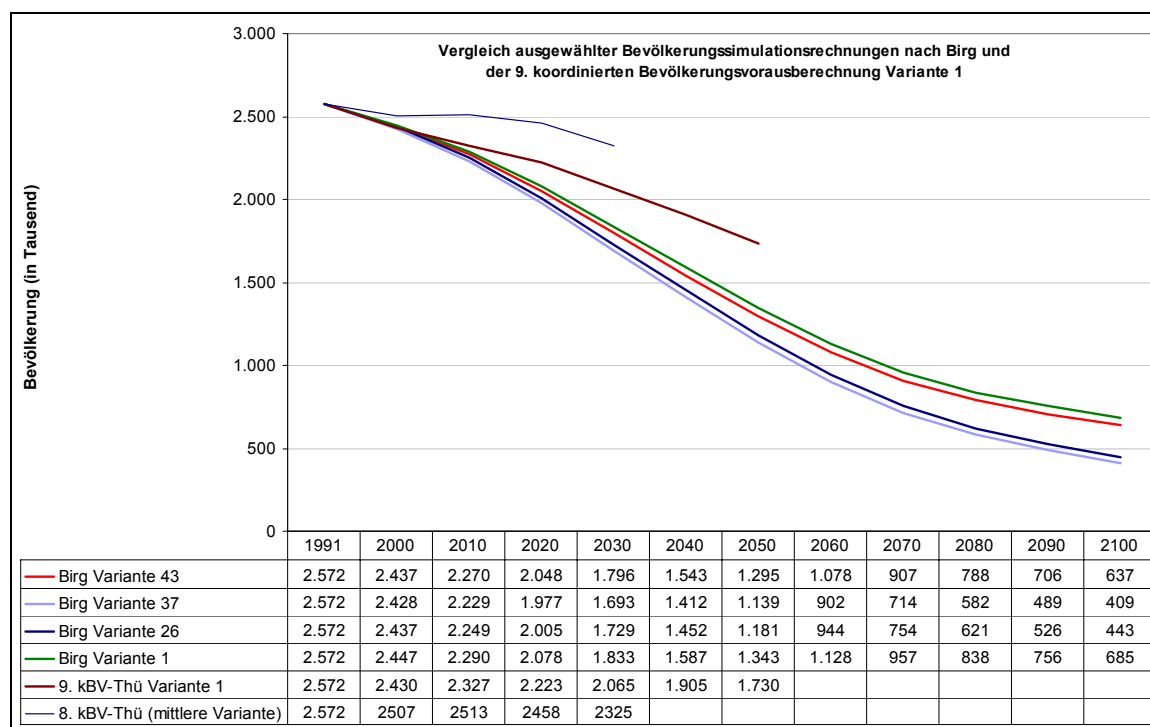
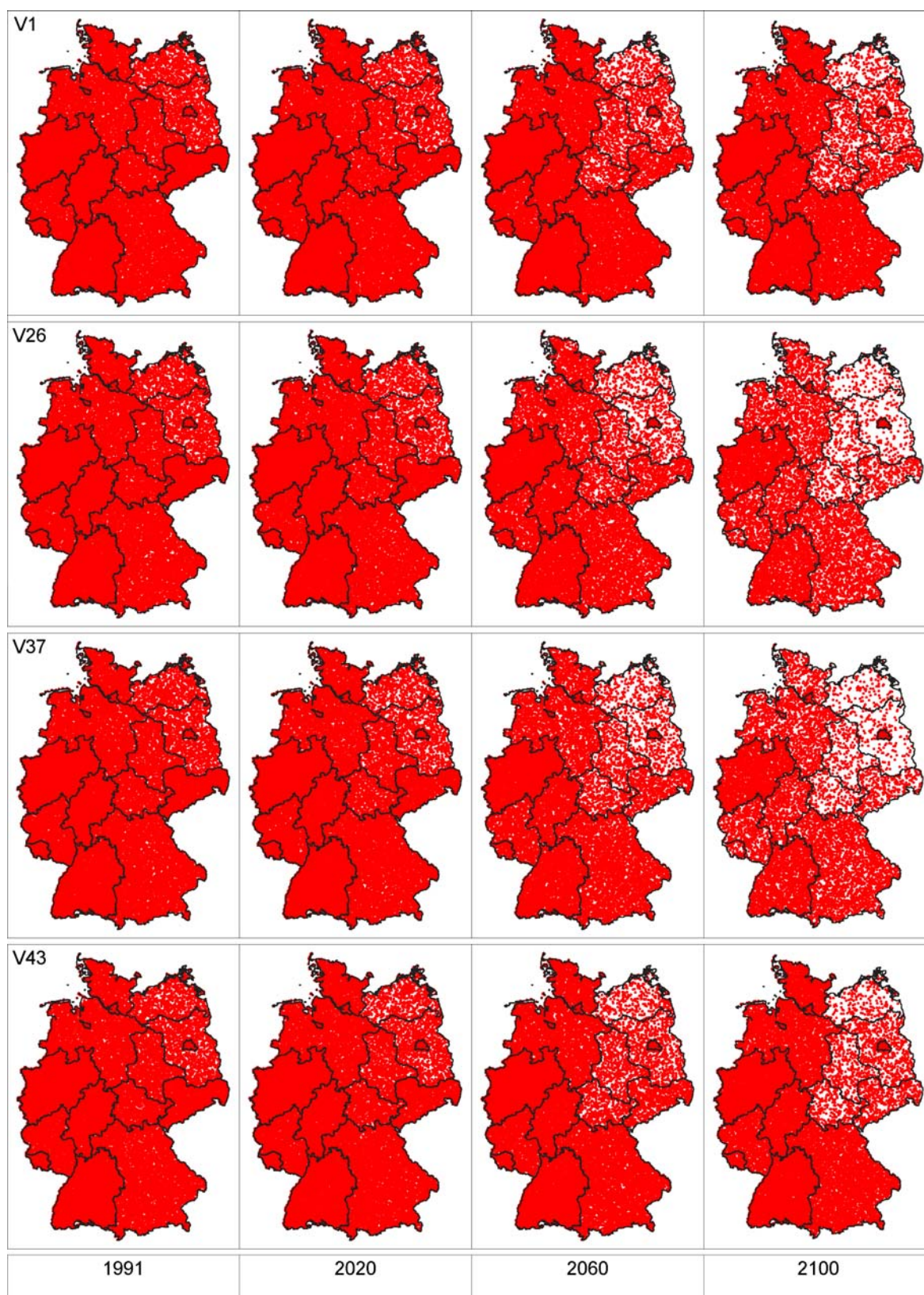


Abb. II-27: Vergleich der Ergebnisse ausgewählter Bevölkerungssimulationsrechnungen für Thüringen nach BIRG und der 8. sowie 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (TLS)



Karte II-23: Visueller Vergleich der vier Auswahlvarianten in den Jahren 1991, 2020, 2060 und 2100 nach BIRG (1 Punkt entspricht je 2.000 Einwohnern)

II - 5 Exploration der Einflussindikatoren

II - 5.1 Übersicht, Deskription und Exploration [EI]

Nachfolgend werden in der Übersicht Tab. II-12 alle Einflussindikatoren [EI-Basis] zusammengefasst und anhand der explorativen Box&Whisker-Analyse in Abb. II-28 untersucht.

Tab. II-12: Gesamter Indikatorenkatalog der 108 Einflussindikatoren [EI-Basis]

Indikatorengruppe / Indikator		Thüringen	kreisfreie Städte	Landkreise	Mittelwert	Standardabweichung	Variationskoeffizient [%]
Demographie							
Altersstruktur am 31.12.1999	EI001 EW'99 (g) %85 und älter	1,7	1,9	1,7	1,7	0,2	13,4
	EI002 Seniorenanteil'99 (g)	16,3	15,7	16,4	16,3	1,3	7,9
	EI003 EW'99 (g) %85 und älter an Senioren	10,5	11,8	10,2	10,6	1,1	10,8
	EI004 EW'99 (g) %90 und älter an Senioren	2,9	3,4	2,7	2,9	0,5	15,7
	EI005 Biletter-Maß'99 (p>15 - p>65)/p15-65+100	-4,0	-4,1	-3,9	-4,0	2,8	-68,8
	EI006 SAS-Maß'99 (p65-75 - p>85 / p75-85)	1,62	1,53	1,64	1,6	0,1	6,5
Mittelwert der kommunalen Altersstruktur am 31.12.1999	EI007 GemRelation Seniorenanteil'99				1,0	0,0	3,6
	EI008 GemRelation Biletter-Maß'99				0,6	0,6	101,8
	EI009 GemRelation SAS-Maß'99				1,1	0,1	10,0
	EI010 GemRelation EW'99 (g) %85 und älter				0,9	0,1	9,3
	EI011 GemRelation EW'99 (g) %85 und älter an Senioren				0,9	0,1	8,1
	EI012 GemRelation EW'99 (g) 90 und älter				0,9	0,1	10,8
Geschlechterverhältnis am 31.12.1999	EI013 SexProp'99 85 und älter	76,9	77,2	76,8	77,0	1,6	2,1
	EI014 SexProp'99 Senioren	63,5	64,2	63,3	63,6	0,7	1,1
	EI015 SexProp'99 insgesamt	51,1	51,6	51,0	51,1	0,5	0,9
Frauenpflegepotential 1997, 1999 und 2020 (9.kBV)	EI016 Anzahl FPP1 je über75 1997	2,12	2,20	2,10	2,1	0,2	7,3
	EI017 GemRelation Anzahl FPP1 je über75 1997				1,1	0,1	6,5
	EI018 Anzahl FPP1 je über75 1999	2,1	2,2	2,0	2,1	0,2	9,0
	EI019 Anzahl FPP1 je über75 2020	1,3	1,2	1,3	1,3	0,1	9,4
	EI020 V-Rate FPP1 1999-2020	61,6	53,9	64,1	61,8	6,9	11,2
natürliche und räumliche Bevölkerungsbewegung (BevBew) 1999/1997	EI021 Saldo natürliche BevBew je 1000 EW 1999	-3,9	-3,1	-4,2	-4,1	1,4	-35,5
	EI022 Saldo räumliche BevBew je 1000 EW 1999	-1,7	-2,8	-1,3	-1,5	5,6	-383,8
	EI023 Gesamt-BevBew je 1000 EW 1999	-5,6	-5,9	-5,5	-5,5	6,0	-108,1
	EI024 Mittleres Sterbealter bei den Sterbefällen 2000	74,7			74,7	0,8	1,1
	EI025 97Anteil Zuzüge über 65 an Zuzügen insgesamt	6,9	6,5	7,0	7,3	1,7	23,2
	EI026 97Anteil Fortzüge über 65 an Fortzügen insgesamt	5,8	4,7	6,4	6,1	1,5	24,2
	EI027 Räumliches BevEW-Saldo 1997 über 65 Personen	649	126	523	29,5	55,5	188,2
Ausländeranteil	EI028 Ausländeranteil 1999	1,70	2,47	1,47	1,7	0,8	47,7
	EI029 Veränderung Ausländeranteil 1994-1999	168,13	195,08	157,46	180,8	66,5	36,8
Bevölkerungsentwicklung 1980/1990 - 2000	EI030 Seniorenanteil 1980	15,3	13,6	15,7	15,2	1,5	9,6
	EI031 Seniorenanteil 1990	13,7	11,5	14,0	13,7	1,2	9,1
	EI032 Seniorenanteil 2000	16,9	16,4	17,0	16,9	1,3	8,0
	EI033 Veränderung EW 2000:1980	89,5	97,1	89,7	89,7	4,8	5,3
	EI034 Veränderung Senioren 2000:1980	98,7	116,8	97,0	99,5	7,4	7,5
	EI035 Veränderung Seniorenanteil 2000:1980	110,4	120,3	108,1	111,1	8,0	7,2
	EI036 Entwicklung 1990-2000 EW (1990=100%)	93,5	89,5	94,8	93,7	4,5	4,8
	EI037 Entwicklung 1990-2000 Senioren (1990=100%)	115,3	127,6	115,2	115,5	3,3	2,9
	EI038 Entwicklung 1990-2000 Seniorenanteil (1990=100%)	123,3	142,5	121,5	123,6	7,8	6,3
	EI039 V-Rate2000 AG 85 und älter (1993=100%)	125,5	128,5	124,6	125,8	8,3	6,6
	EI040 V-Rate2000 Senioren (1993=100%)	112,3	112,8	112,1	112,3	2,2	1,9
	EI041 V-Rate2000 EW (1993=100%)	96,0	92,7	97,1	96,1	3,9	4,0
	EI042 V-Rate2000 %AG 85 und älter an EW (1993=100%)	130,8	138,7	128,3	131,1	10,3	7,9
	EI043 V-Rate2000 %AG 85 und älter an Senioren (1993=100%)	111,8	113,9	111,1	112,0	6,8	6,1
	EI044 V-Rate2000 Seniorenanteil (1993=100%)	117,0	121,7	115,5	117,1	5,9	5,0
Altersstruktur und Entwicklung am 31.12.2020 (9.kBV)	EI045 %über85 an Senioren 2020	11,8	11,0	12,1	11,8	0,9	7,8
	EI046 %über85 an EW 2020	2,8	3,0	2,8	2,8	0,3	11,7
	EI047 %Seniorenanteil 2020	23,7	26,8	22,9	23,9	2,4	10,1
	EI048 V-Rate2020 %über85 an Senioren (1999=100%) 2020	112,4	93,5	118,8	113,1	16,3	14,4
	EI049 V-Rate2020 %über85 an EW (1999=100%) 2020	163,8	159,1	165,8	165,2	18,4	11,1
	EI050 V-Rate2020 Seniorenanteil (1999=100%) 2020	145,7	170,1	139,6	147,6	17,0	11,5

Indikatorengruppe / Indikator		Thüringen	kreisfreie Städte	Landkreise	Mittelwert	Standardabweichung	Variationskoeffizient [%]
Sozialstruktur							
Beschäftigungs-, Arbeitslosigkeits- und Sozialhilfestruktur 1999	EI051 %svp-Beschäftigte am Arbeitsort 30.06.1999 an EW	34,3	46,1	30,7	34,3	7,2	20,9
	EI052 %SVP'99 Frauen	47,9	51,4	46,3	47,7	3,1	6,5
	EI053 1999Arbeitslosenquote [%]	16,5			16,4	2,2	13,2
	EI054 1999Anteil der Frauen an Arbeitslosen [%]	55,4	52,7	56,3	55,4	2,4	4,3
	EI055 Arbeitssuchende+Arbeitslose 12-2000 / 100EW	11,0	10,5	11,1	10,9	2,0	18,0
	EI056 Arbeitslose 12-2000 / 100 EW	7,9	7,8	7,9	7,8	1,4	17,4
	EI057 Anteil AG über 55 Jahre an Arbeitslosen 12-2000 [%]	17,4	18,9	17,0	17,4	2,2	12,9
	EI058 Anteil Langzeitarbeitslose an Arbeitslosen 12-2000 [%]	30,5	34,7	29,2	29,9	4,4	14,5
	EI059 Frauenanteil an Arbeitslosen 12-2000 [%]	53,5	51,3	54,2	53,5	2,3	4,4
	EI060 Frauenanteil an Arbeitslosen AG über 55 Jahre 12-2000 [%]	54,7	52,6	55,4	54,4	2,9	5,3
	EI061 Frauenanteil an Langzeitarbeitslosen 12-2000 [%]	66,9	61,9	68,7	67,0	4,4	6,6
	EI062 %Sozialhilfe (laufende Hilfe) an EW	2,02	2,87	1,76	2,0	0,7	35,6
	EI063 %Sozialhilfe (besondere Lebenslage) an EW	0,96	1,30	0,85	1,0	0,2	25,4
	EI064 %Wohngeldempfänger an EW	3,86	5,39	3,39	3,9	1,0	26,1
Mikrozensus: Haushaltsgroße der Privathaushalte (Einpersonenhaushalte)	EI065 MZ Anteil 1Personenhaushalte 4/1999	30,9	37,2	28,7	30,9	5,0	16,3
	EI066 MZ Anteil 1Personenhaushalte 4/2001	32,8	39,3	30,6	32,5	5,3	16,2
	EI067 Entwicklung 1999-2001 Anteil 1Personenhaushalte	106,2	105,5	106,7	105,9	10,8	10,2
	EI068 Entwicklung 1999-2001 Anzahl 1Personenhaushalte	108,7	106,7	109,6	108,0	15,0	13,8
	EI069 Entwicklung Anzahl Haushalte gesamt 1999-2001	102,3	101,1	102,8	101,6	5,1	5,0
Lebensunterhalt Rente/Pension (Anteil an Bevölkerung)	EI070 %Lebensunterhalt Rente/Pension 1999	25,9	25,6	26,1	26,1	3,0	11,4
	EI071 %Lebensunterhalt Rente/Pension 2001	27,5	24,9	28,3	27,5	2,2	8,0
	EI072 Entwicklung %Rente/Pension 1999-2001	106,2	97,3	108,4	106,3	11,3	10,6
Raum- und Siedlungsstruktur							
Komplementäre Infrastrukturversorgung	EI073 Krankenhausbetten je 1000 EW	7,3	10,8	6,3	7,8	3,4	44,1
	EI074 REHA-Betten je 1000 EW	2,7	0,0	3,5	2,6	3,5	133,3
	EI075 Ärzte je 1000 EW	3,10	5,38	2,41	3,2	1,7	53,8
	EI076 Zahnärzte je 1000 EW	0,86	1,16	0,77	0,9	0,2	23,2
	EI077 Apotheken je 1000 EW	0,22	0,26	0,21	0,2	0,0	20,0
Wohngebäude (WG) und Wohnraumstruktur 1999	EI078 %neue WG mit 1+2 Wohnungen an allen neuen WG 1999	93,7	91,2	94,4	93,0	4,0	4,3
	EI079 %EFHäuser 1999 (%WG mit 1 Wohnung an WG gesamt)	59,3	45,3	61,7	57,5	9,5	16,5
	EI080 Wohnungen je Wohn/Nichtwohngebäude 1999	2,4	4,3	2,0	2,6	1,0	38,6
	EI081 EW je Wohngebäude 1999	499	804	447	532,1	152,5	28,7
	EI082 Wohnfläche je Wohnung 1999 (TLS) [m²]	74,7	65,6	78,1	75,4	6,6	8,8
	EI083 Wohnfläche je Einwohner 1999 (TLS) [m²]	35,4	35,5	35,4	35,4	1,0	2,7
	EI084 Wohnräume pro Wohnung 1999	4,2	3,8	4,3	4,2	0,3	6,5
zentralörtliche Versorgungsfunktion	EI085 ZO-Punktwert (kfS+15)				18,2	5,3	28,9
	EI086 Anteil KreisEW in ZO	71,0	100,0	62,1	71,9	17,6	24,4
	EI087 Anteil KreisSenioren in ZO	72,2	100,0	64,1	73,1	16,9	23,2
	EI088 ZO-Seniorenanteil im Kreis	16,6	15,7	17,0	16,6	1,4	8,6
	EI089 Mittelwert der Entfernung zum ZO des Nahbereichs (km)				4,5	2,8	61,4
Verstädterung / Kreisstruktur der Gemeinden mit 2000 EW und mehr	EI090 %verstädterte Gemeinden '99	22,8	100,0	22,3	45,3	34,5	76,2
	EI091 %Verstädterungsgrad der Kreis-Bewohner '99	79,7	100,0	73,6	80,5	15,0	18,6
	EI092 %Verstädterungsgrad der Kreis-Senioren '99	80,8	100,0	75,2	81,2	14,4	17,8
Strukturdaten nach IFR-Gebietstypen (Grobgliederung) ^{a)}	EI093 %VG+LGeZ EW '99 Summe	58,3	100,0	45,6	59,2	31,6	53,4
	EI094 %LR EW '99 Summe	22,9	0,0	29,9	21,6	23,6	109,1
	EI095 %VG+LGeZ: EW '99 AG 65 und mehr	58,2	100,0	46,0	59,3	31,7	53,5
	EI096 %LR EW '99 AG 65 und mehr	23,1	0,0	29,8	21,7	23,7	109,4
	EI097 Seniorenanteil '99 in VG+LGeZ	16,2	15,7	16,6	14,9	4,8	32,5
	EI098 Seniorenanteil '99 in LR	16,4	0,0	16,4	12,1	7,3	60,2
Raumnutzungs- und Siedlungsstruktur (Freiflächen-Fragmentierung = Anteil Erholungs-WaldWasserLW-Flächen an Kataster)	EI099 Siedlungs+Verkehrsflächenanteil 2001	8,8	21,4	8,1	11,5	5,9	51,7
	EI100 Freiflächen-Fragmentierung 2001	87,4	76,0	88,0	85,0	5,9	6,9
	EI101 Flächenverbrauch 2001 (haSiedlungs+VerkehrF/1000EW)	58,3	31,1	66,6	58,2	18,9	32,5
	EI102 Siedlungsdichte 2001 (EW00/km²Siedlungs+VerkehrF01)	1715	3218	1501	1964,3	803,8	40,9
	EI103 Bevölkerungsdichte 2001 (EW00/km² Katasterfläche01)	150	688	121	266,6	252,8	94,8
	EI104 Änderung Siedlungs+Verkehrsfläche von 1997-2001	103,9	105,0	103,7	104,0	1,9	1,8
	EI105 Änderung Freiflächenfragmentierung von 1997-2001	100,2	100,4	100,2	100,2	0,5	0,5
	EI106 Änderung Flächenverbrauch 1997-2001	105,9	107,4	105,6	106,0	2,8	2,6
	EI107 Änderung Siedlungsdichte 1997-2001	94,5	93,1	94,7	94,4	2,4	2,5
	EI108 Änderung Bevölkerungsdichte 1997-2001	98,1	97,7	98,2	98,1	1,6	1,6

a) VG = Verdichtete Gebiete; LG= Ländliche Gebiete; LgeZ = Ländliche Gebiete im Einzugsbereich der Zentren; LR = Ländliche Räume (hier strukturstarke und strukturschwache zusammengefasst)

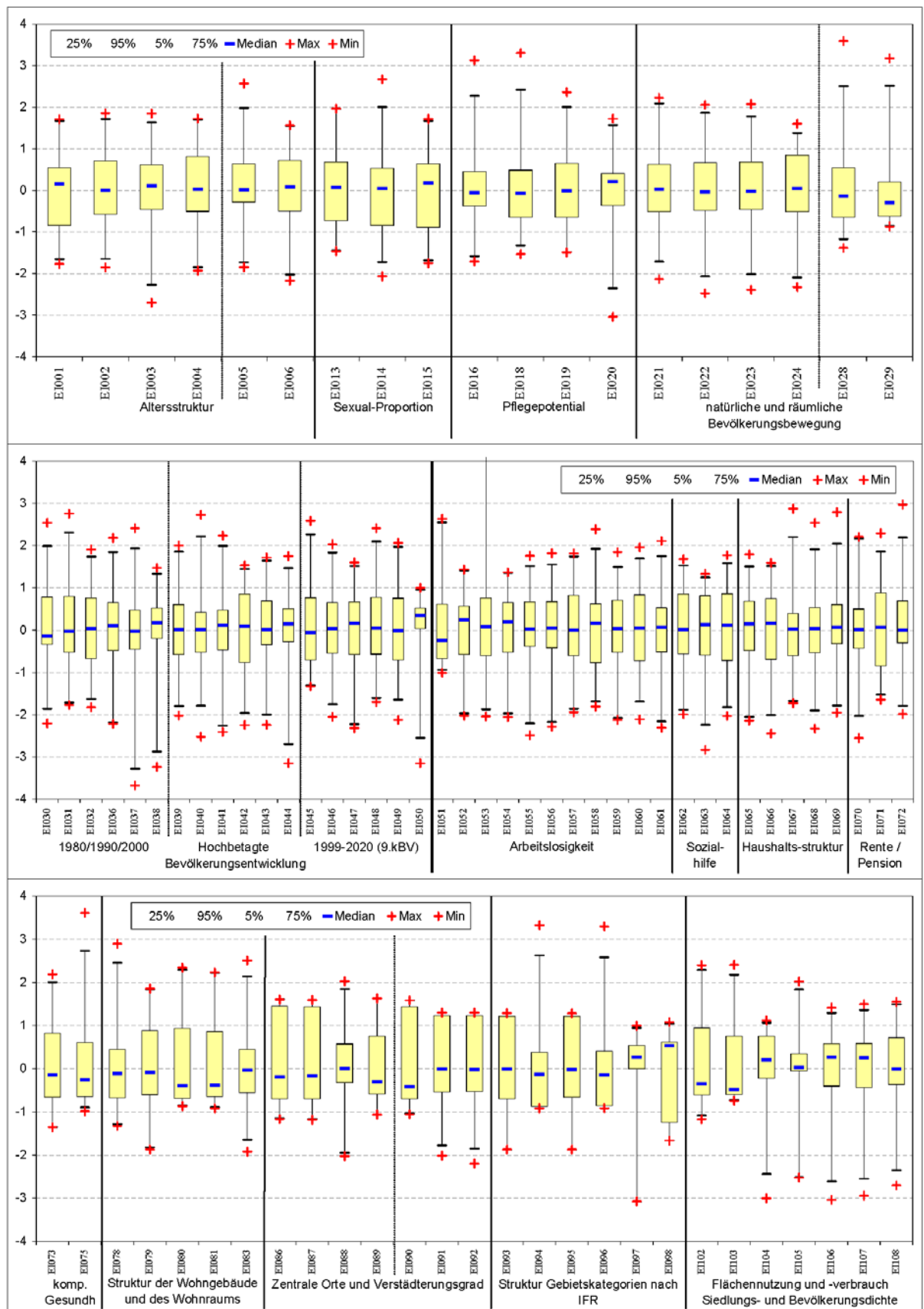
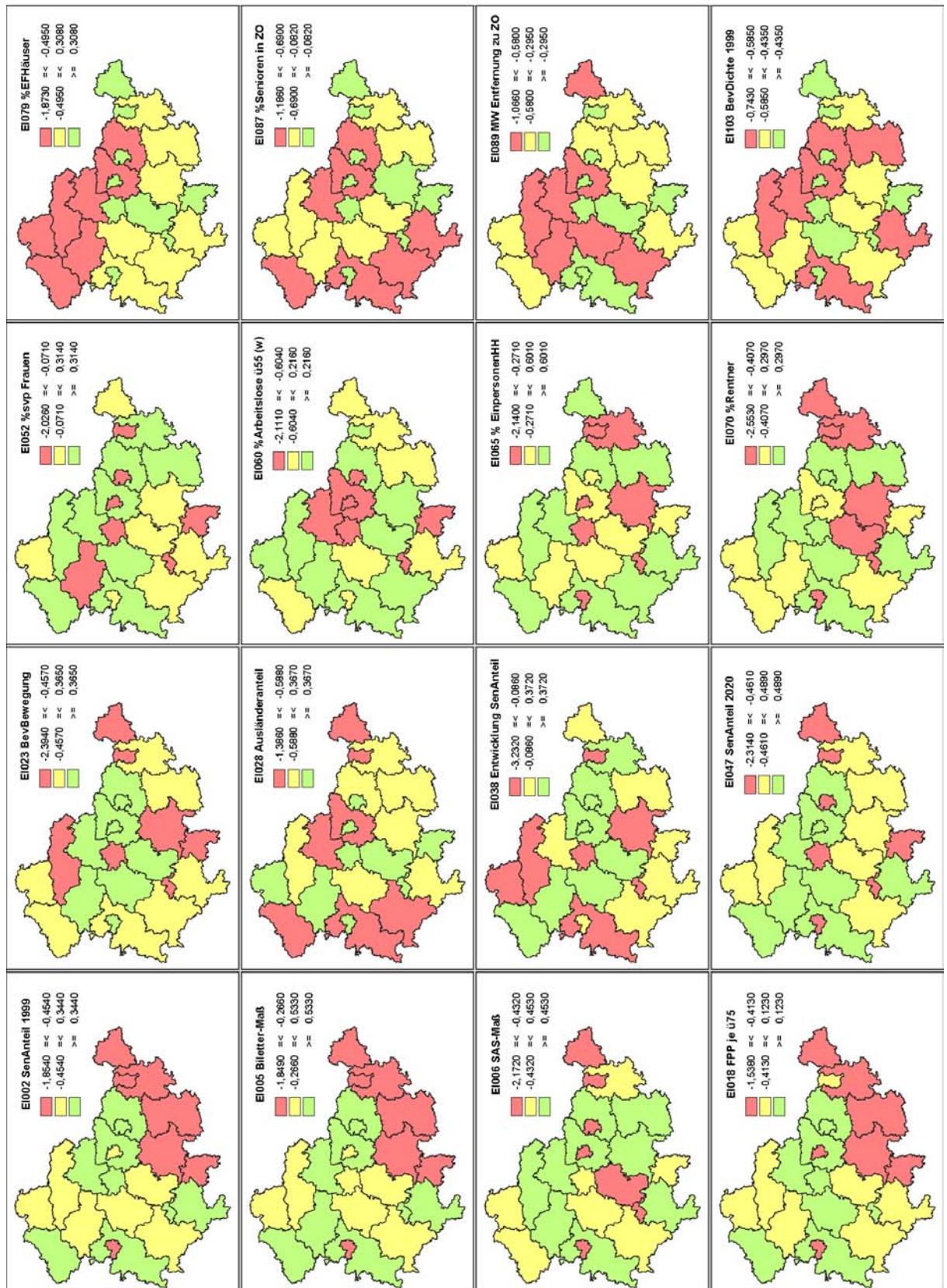


Abb. II-28: Explorative Box&Whisker-Analyse der Einflussindikatoren [EI-Basis]

Die Faktorenanalyse aller Einflussindikatoren in Tab. II-13 sowie Detail-Faktorenanalysen (Tab. II-14, Tab. II-15 und Tab. II-16) dienen der allgemeinen Dimensionsreduktion und sind nur informativ aufgeführt. Das Resultat der Box&Whisker-Analyse und der faktoranalytischen Dimensionsreduktion sind die Auswahleinflussindikatoren [EI-Auswahl] in Tab. II-19.

Karte II-24: Topologie ausgewählter standardisierter Einflussindikatoren [EI]³⁶¹

³⁶¹ Exakte Indikatorenennamen und -beschreibungen sind der Indikatorenübersicht (Anlage Tab. II-12) zu entnehmen.

Tab. II-13: Faktorenanalyse der gesamten 86 Basisindikatoren [EI-Basis]

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Faktor 6	Faktor 7	Faktor 8	Faktor 9	Faktor 10	Faktor 11	Kom-mu-nalität
	Zentralitäts- und Verdichtungs-faktor	Altersstruk-turfaktor	Entwick-lungsfaktor	Arbeitslosig-keitsfaktor	Frauenar-beitslosig-keitsfaktor	Faktor Siedlungs-dichte	Faktor Haushalts-struktur	Faktor un-diffe-renziert	Faktor un-diffe-renziert	Faktor un-diffe-renziert	Faktor un-diffe-renziert	
z EI086 Anteil KreisEW in ZO	1,0	0,0	-0,2	0,0	-0,1	-0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
z EI087 Anteil KreisSenioren in ZO	1,0	0,0	-0,2	0,0	-0,1	-0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	1,0
z EI103 Bevölkerungsdichte 2001 (EW00/km² Kataster-	0,9	0,2	0,0	0,0	-0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	-0,1	1,0
z EI102 Siedlungsdichte 2001	0,9	0,1	-0,2	0,1	-0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	1,0
z EI090 %verstärkte Gemeinden '99	0,9	0,0	-0,2	0,2	-0,1	-0,1	0,1	-0,1	-0,1	0,0	-0,1	1,0
z EI089 Mittelwert von gemittelte Entfernung zum ZO	0,9	0,2	-0,2	0,2	-0,1	-0,1	0,1	-0,1	0,0	-0,1	0,0	1,0
z EI080 Wohnungen je Wohn/Nichtwohngebäude 1999	0,9	0,1	-0,3	0,0	-0,1	-0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	-0,1	1,0
z EI081 EW je Wohngebäude 1999	0,9	0,2	-0,3	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	-0,1	1,0
z EI098 Seniorenanteil '99 in LR	-0,9	-0,3	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,9
z EI064 %Wohngeldempfänger an EW	-0,9	0,0	0,0	0,4	0,1	0,0	0,1	-0,1	0,0	0,1	0,0	0,9
z EI051 %svp-Beschäftigte am Arbeitsort 30.06.1999 an	0,9	0,1	0,0	0,1	0,0	-0,2	0,0	-0,2	0,1	-0,1	0,1	0,9
z EI066 MZ Anteil 1Personenhaushalte 4/2001	-0,8	0,0	-0,2	0,1	-0,1	0,0	0,2	0,0	-0,1	0,4	0,0	1,0
z EI065 MZ Anteil 1Personenhaushalte 4/1999	-0,8	0,2	0,0	-0,1	0,0	0,0	-0,3	-0,1	0,0	0,3	0,0	1,0
z EI003 EW '99 (g) %85 und älter an Senioren	-0,8	0,0	-0,2	0,1	0,0	-0,2	0,1	-0,4	-0,1	-0,1	0,0	1,0
z EI092 Verstärkungsgrad der Kreis-Senioren '99	0,8	-0,3	-0,3	0,1	-0,1	-0,1	0,1	0,0	-0,2	0,1	0,1	0,9
z EI091 Verstärkungsgrad der Kreis-Bewohner '99	0,8	-0,2	-0,3	0,1	-0,1	-0,1	0,1	0,0	-0,2	0,1	0,1	0,9
z EI079 %EFHäuser 1999 (%WG mit 1 Wohnung an	0,8	-0,3	-0,2	0,3	0,0	-0,1	0,0	0,1	0,1	-0,1	-0,1	1,0
z EI004 EW '99 (g) %90 und älter an Senioren	-0,8	0,3	-0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	-0,4	-0,2	0,0	-0,1	1,0
z EI075 Ärzte je 1000 EW	0,8	0,4	0,0	0,1	-0,1	0,0	-0,2	0,1	0,0	0,2	0,3	1,0
z EI095 %VG+LGeZ: EW '99 AG 65 und mehr	0,8	0,1	0,0	-0,1	-0,2	-0,1	-0,2	0,1	0,5	-0,1	0,0	0,9
z EI093 %VG+LGeZ EW '99 Summe	0,8	0,1	0,0	-0,1	-0,2	-0,1	-0,2	0,1	0,5	-0,1	0,0	0,9
z EI052 %SVP '99 Frauen	-0,7	-0,1	0,4	-0,1	0,2	-0,2	-0,1	-0,1	0,2	-0,1	0,0	0,9
z EI048 V-Rate2000 %über85 an Senioren	0,7	0,4	0,1	-0,1	-0,1	0,0	-0,2	0,4	0,2	-0,1	0,0	1,0
z EI006 SAS-Maß '99 (p65-75 - p>85 / p75-85)	-0,7	0,1	-0,1	0,1	0,0	0,0	-0,2	-0,5	-0,1	-0,1	0,2	0,9
z EI062 %Sozialhilfe (laufende Hilfe) an EW	-0,7	0,1	-0,1	0,3	0,2	0,2	-0,1	0,0	0,1	0,2	0,1	0,8
z EI028 %Ausländeranteil 1999	0,7	0,1	0,3	0,2	0,1	0,0	-0,1	0,2	-0,2	0,3	0,4	0,9
z EI001 EW '99 (g) %85 und älter	-0,7	0,6	-0,1	0,1	-0,1	-0,2	0,1	-0,3	-0,1	0,0	0,0	1,0
z EI015 SexProp '99 insgesamt	-0,7	0,5	0,2	0,1	0,4	-0,1	-0,1	0,1	-0,1	0,1	0,2	1,0
z EI073 Krankenhausbetten je 1000 EW	0,6	0,2	0,0	0,1	-0,1	-0,1	-0,2	0,1	0,0	-0,2	0,4	0,8
z EI063 %Sozialhilfe (besondere Lebenslage) an EW	-0,6	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	-0,3	0,2	0,0	0,2	-0,1	0,7
z EI078 %neue WG mit 1+2 Wohnungen an allen neuen	0,6	-0,2	0,2	0,0	0,1	0,3	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,7
z EI050 V-Rate2000 Seniorenanteil (1999=100%) 2020	-0,6	-0,5	0,5	0,0	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	-0,1	-0,1	1,0
z EI014 SexProp '99 Senioren	-0,6	0,2	0,0	0,0	0,4	-0,3	0,2	-0,1	0,1	0,1	0,4	0,9
z EI019 Anzahl FPP1 je über75 2020	-0,5	0,4	0,5	0,2	-0,3	0,1	0,1	-0,1	0,0	-0,2	-0,2	1,0
z EI057 Anteil AG über 55 Jahre an Arbeitslosen 12-	-0,5	-0,2	0,3	-0,1	-0,3	0,1	0,3	-0,1	0,0	0,0	-0,2	0,6
z EI058 Anteil Langzeitarbeitslose an Arbeitslosen 12-	-0,5	-0,2	0,2	0,3	-0,2	0,3	0,3	0,0	0,0	0,1	0,2	0,7
z EI088 ZO-Seniorenanteil im Kreis	0,1	1,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	-0,1	-0,1	0,0	0,0	1,0
z EI002 Seniorenanteil '99 (g)	0,0	1,0	0,1	0,1	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
z EI032 Seniorenanteil '2000	0,0	1,0	0,2	0,1	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
z EI005 Biletter-Maß '99 (p>15 - p>65)/p15-65+100	-0,3	0,9	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
z EI031 Seniorenanteil 1990	0,2	0,9	-0,4	0,1	0,0	-0,1	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0	1,0
z EI045 %über85 an Senioren 2020	0,3	0,8	0,0	-0,1	-0,1	-0,2	-0,2	0,1	0,1	0,0	-0,1	1,0
z EI018 Anzahl FPP1 je über75 1999	0,2	0,8	-0,3	0,0	-0,1	-0,2	-0,1	-0,1	0,0	0,0	0,2	1,0
z EI030 Seniorenanteil 1980	0,4	0,8	-0,3	0,0	0,1	-0,1	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,9
z EI039 V-Rate2000 AG 85 und älter (1993=100%)	0,0	-0,8	0,1	0,2	0,0	-0,3	0,2	0,0	0,1	-0,3	0,0	0,9
z EI016 Anzahl FPP1 je über75 1997	0,0	0,8	-0,4	0,1	-0,1	-0,3	-0,1	-0,2	-0,1	0,0	0,2	1,0
z EI046 %über85 an EW 2020	-0,3	0,7	0,5	0,1	-0,1	0,0	-0,1	0,1	0,0	-0,1	0,0	1,0
z EI021 Saldo natürliche BevBew je 1000 EW 1999	0,1	0,7	0,3	-0,1	-0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	-0,1	0,9
z EI083 Wohnfläche je Einwohner 1999 (TLs) [m²]	-0,1	0,7	-0,1	0,1	0,2	0,2	0,0	0,4	0,2	0,1	0,2	0,8
z EI043 V-Rate2000 %AG 85 und älter an Senioren	-0,1	-0,7	-0,1	0,3	0,0	-0,3	0,3	-0,1	0,1	-0,3	0,2	0,9
z EI042 V-Rate2000 %AG 85 und älter an EW	-0,3	-0,7	0,5	0,2	-0,1	-0,2	0,2	0,0	0,1	-0,2	0,0	1,0
z EI037 Entwicklung 1990-2000 Senioren (1990=100%)	0,2	-0,6	0,6	-0,2	-0,1	0,0	-0,2	0,2	0,0	0,2	-0,3	0,9
z EI040 V-Rate2000 Senioren (1993=100%)	0,1	-0,6	0,5	-0,2	-0,1	-0,1	-0,1	0,3	-0,1	0,2	-0,4	0,9
z EI108 Änderung Bevölkerungsdichte 1997-2001	0,0	0,1	1,0	0,2	0,0	0,0	-0,1	-0,1	0,0	0,1	0,1	1,0
z EI023 Gesamt-BevBew je 1000 EW 1999	0,2	0,1	0,9	0,1	0,1	0,1	0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,1	1,0
z EI022 Saldo räumliche BevBew je 1000 EW 1999	0,1	-0,1	0,9	0,1	0,1	0,0	-0,2	-0,1	-0,1	0,0	0,1	1,0
z EI044 V-Rate2000 Seniorenanteil (1993=100%)	-0,3	-0,2	0,9	0,0	-0,1	0,0	-0,1	0,1	0,0	0,1	-0,1	1,0
z EI038 Entwicklung 1990-2000 Seniorenanteil	-0,3	-0,1	0,9	0,1	-0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	-0,1	1,0
z EI041 V-Rate2000 EW (1993=100%)	-0,4	0,1	0,8	0,1	-0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	-0,1	0,0	1,0
z EI036 Entwicklung 1990-2000 EW (1990=100%)	-0,5	0,2	0,8	0,2	-0,2	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	1,0
z EI047 %Seniorenanteil 2020	-0,7	0,2	0,7	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	-0,1	-0,1	0,0	1,0
z EI020 V-Rate FPP1 1999-2020	-0,6	-0,2	0,6	0,1	-0,2	0,2	0,2	0,0	0,0	-0,1	-0,2	0,9
z EI049 V-Rate2020 %über85 an EW (1999=100%)	0,4	0,1	0,6	-0,1	0,0	0,2	-0,2	0,5	0,1	-0,1	0,0	0,9
z EI055 Arbeitssuchende+Arbeitslose 12-2000 / 100EW	0,2	0,1	0,2	0,9	0,0	-0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	1,0
z EI056 Arbeitslose 12-2000 / 100 EW	0,1	0,1	0,3	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
z EI053 1999Arbeitslosenquote [%]	-0,2	0,1	0,1	0,9	0,0	0,0	0,1	0,0	-0,1	0,0	0,1	1,0
z EI094 %LR EW '99 Summe	-0,5	0,0	0,1	-0,5	0,3	0,0	0,3	0,0	-0,5	0,1	0,0	1,0
z EI096 %LR EW '99 AG 65 und mehr	-0,5	0,0	0,1	-0,5	0,3	0,0	0,3	0,0	-0,5	0,1	0,0	0,9
z EI059 Frauenanteil an Arbeitslosen 12-2000 [%]	-0,3	-0,1	-0,3	0,0	0,8	-0,1	-0,1	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,9
z EI061 Frauenanteil an Langzeitarbeitslosen 12-2000	-0,4	0,0	-0,1	0,1	0,8	0,1	0,1	0,1	0,1	-0,1	-0,1	0,9
z EI054 1999Anteil der Frauen an Arbeitslosen [%]	-0,4	-0,1	0,0	-0,2	0,8	-0,1	-0,1	-0,1	0,0	-0,2	-0,2	0,9
z EI060 Frauenanteil an Arbeitslosen AG über 55 Jahre	-0,3	-0,2	-0,2	-0,1	0,6	-0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,6
z EI104 Änderung Siedlungs+Verkehrsfläche von 1997-	-0,2	-0,1	0,1	-0,1	-0,1	0,9	-0,1	0,1	-0,1	0,0	0,0	1,0
z EI107 Änderung Siedlungsdichte 1997-2001	-0,1	0,0	0,7	0,0	-0,1	0,7	-0,1	0,0	-0,1	0,1	0,0	1,0
z EI106 Änderung Flächenverbrauch 1997-2001	-0,1	-0,1	0,7	0,0	-0,1	0,7	-0,1	0,0	-0,1	0,1	0,0	1,0
z EI105 Änderung Freiflächenfragmentierung von 1997-	-0,1	0,2	-0,3	-0,2	-0,6	0,1	0,3	0,0	0,1	-0,3	-0,1	0,7
z EI067 Entwicklung 1999-2001 Anteil	0,0	-0,3	-0,3	0,2	-0,1	-0,1	0,8	0,1	-0,2	0,0	0,0	0,9
z EI068 Entwicklung 1999-2001 Anzahl	0,1	-0,4	-0,3	0,1	-0,1	-0,2	0,7	0,0	-0,1	-0,2	0,0	0,9
z EI069 Entwicklung Anzahl Haushalte gesamt 1999-	-0,2	0,4	0,3	0,0	0,1	0,2	-0,5	0,2	-0,1	0,4	0,0	0,8
z EI024 Mittleres Sterbealter bei den Sterbefällen 2000	0,5	-0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,6	0,2	0,0	0,0	0,8
z EI029 Veränderung Ausländeranteil 1994-1999	0,2	0,1	0,4	-0,1	0,0	0,1	-0,3	-0,5	0,1	0,2	-0,1	0,7
z EI071 %Lebensunterhalt Rente/Pension 2001	0,4	0,3	0,3	0,3	-0,2	-0,4	0,1	-0,5	0,0	0,1	0,0	0,9
z EI097 Seniorenanteil '99 in VG+LGeZ	0,2	-0,3	0,0	0,1	0,1	0,0	-0,1	0,2	0,7	-0,1	0,0	0,7
z EI013 SexProp '99 85 und älter	-0,2	0,3	0,2	0,0	0,3	-0,1	0,0	-0,1	0,5	0,2	0,1	0,6
z EI070 %Lebensunterhalt Rente/Pension 1999	-0,2	0,6	0,2	-0,1	-0,3	0,1	-0,1	-0,3	0,0	0,6	0,0	1,0
z EI072 Entwicklung %Rente/Pension 1999-2001	0,5	-0,3	-0,1	0,3	0,1	-0,3	0,2	0,0	0,0	-0,6	0,0	0,9
Quadratsumme	26,2	14,8	12,3	4,7	4,4	3,4	3,1	3,0	2,5	2,5	1,5	78,5
Prozent der Varianz	30,4	17,3	14,3	5,5	5,2	4,0	3,6	3,5	2,9	2,9	1,7	91,3

(Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse; Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung)

Tab. II-14: Detail-Faktorenanalyse demographischer Einflussindikatoren [EI-Basis]

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5	Faktor 6		
	Altersstruktur Bevölkerung	Bevölkerungs- entwicklung	Hoch- betagte I (Struktur)	Hoch- betagte II (Zukunft)	Zuzug und Ausländer anteil	Geschlechts- verhältnis	Kommunalität	Erklärungs- gehalt / Auswahl
z_EI018_Anzahl_FPP1_je_über75_1999	0,9	-0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	1,0	höchster
z_EI031_Seniorenanteil_1990	0,9	-0,3	0,1	-0,2	0,0	0,0	1,0	
z_EI002_Seniorenanteil_99 (g)	0,9	0,3	0,0	-0,2	0,0	0,1	1,0	wichtiger
z_EI032_Seniorenanteil_2000	0,9	0,4	0,0	-0,2	0,0	0,1	1,0	
z_EI016_Anzahl_FPP1_je_über75_1997	0,9	-0,3	0,3	0,0	0,0	0,1	1,0	
z_EI045_über85 an Senioren 2020	0,9	0,1	-0,3	-0,2	0,1	0,0	0,9	wichtiger
z_EI030_Seniorenanteil_1980	0,8	-0,3	0,1	-0,2	0,0	0,0	0,9	
z_EI005_Billetter-Maß_99 (p>15 - p>65)/p15-65+100	0,8	0,5	0,2	-0,2	-0,1	0,2	1,0	eigenständiger
z_EI050_V-Rate2020_Seniorenanteil (1999=100%) 20	-0,7	0,6	0,3	0,1	0,0	0,1	1,0	eigenständiger
z_EI037_Entwicklung_1990-2000_Senioren (1990=100%)	-0,7	0,3	-0,5	-0,1	0,2	-0,1	0,9	
z_EI040_V-Rate2000_Senioren (1993=100%)	-0,6	0,3	-0,4	-0,1	0,1	-0,2	0,7	
z_EI021_Saldo natürliche BevBew je 1000 EW 1999	0,6	0,4	-0,3	-0,3	0,0	0,1	0,7	
z_EI036_Entwicklung_1990-2000_EW (1990=100%)	0,1	1,0	0,1	0,0	0,1	0,2	1,0	höchster
z_EI041_V-Rate2000_EW (1993=100%)	0,0	0,9	0,0	0,1	0,2	0,1	0,9	
z_EI047_%Seniorenanteil_2020	0,0	0,9	0,3	-0,1	0,0	0,2	1,0	eigenständiger
z_EI038_Entwicklung_1990-2000_Seniorenanteil (19	-0,3	0,9	-0,1	0,0	0,2	0,1	1,0	eigenständiger
z_EI044_V-Rate2000_Seniorenanteil (1993=100%)	-0,3	0,9	-0,1	0,0	0,2	0,0	1,0	
z_EI019_Anzahl_FPP1_je_über75_2020	0,3	0,9	0,3	-0,1	-0,1	-0,1	1,0	wichtiger
z_EI020_V-Rate_FPP1_1999-2020	-0,4	0,8	0,2	0,0	-0,1	-0,1	1,0	wichtiger
z_EI046_über85 an EW 2020	0,6	0,7	0,0	-0,2	0,0	0,2	0,9	wichtiger
z_EI023_Gesamt-BevBew je 1000 EW 1999	0,0	0,7	-0,4	0,0	0,6	0,1	1,0	eigenständiger
z_EI003_EW_99 (g) %85 und älter an Senioren	-0,1	0,2	1,0	0,1	-0,1	0,1	1,0	höchster
z_EI004_EW_99 (g) %90 und älter an Senioren	0,1	0,1	0,9	-0,2	-0,1	0,2	1,0	
z_EI006_SAS-Maß_99 (p65-75 - p>85 / p75-85)	0,0	0,1	0,9	0,2	0,0	0,2	0,9	eigenständiger
z_EI049_V-Rate2020_über85 an EW (1999=100%) 20	0,0	0,4	-0,8	-0,1	0,1	0,0	0,9	
z_EI024_Mittleres Sterbealter bei den Sterbefällen 200	-0,2	0,0	-0,8	0,0	-0,2	0,1	0,8	
z_EI048_V-Rate2020_über85 an Senioren (1999=1	0,5	-0,1	-0,8	-0,2	0,1	-0,1	1,0	eigenständiger
z_EI001_EW_99 (g) %85 und älter	0,5	0,3	0,8	-0,1	-0,1	0,2	1,0	
z_EI028_Äusländeranteil_1999	0,2	-0,1	-0,7	0,1	0,4	0,1	0,6	eigenständiger
z_EI043_V-Rate2000_AG_85 und älter an Senioren	-0,5	-0,1	0,1	0,8	-0,2	-0,1	1,0	höchster
z_EI039_V-Rate2000_AG_85 und älter (1993=100%)	-0,6	0,0	0,0	0,7	-0,1	-0,1	1,0	
z_EI042_V-Rate2000_AG_85 und älter an EW (1993=	-0,6	0,5	0,0	0,6	0,0	0,0	1,0	
z_EI029_Veränderung_Ausländeranteil_1994-1999	0,1	0,2	0,0	-0,2	0,7	-0,1	0,6	
z_EI022_Saldo räumliche BevBew je 1000 EW 1999	-0,2	0,6	-0,3	0,1	0,6	0,1	0,9	eigenständiger
z_EI014_SexProp_99_Senioren	0,2	0,1	0,5	0,1	-0,1	0,8	0,9	höchster
z_EI013_SexProp_99_85 und älter	0,1	0,2	0,0	-0,2	0,1	0,6	0,4	
z_EI015_SexProp_99_insgesamt	0,4	0,4	0,4	-0,1	-0,1	0,6	0,8	
Quadratsumme	10,6	9,3	7,3	2,2	1,8	1,7	33,1	Auswahl: 19
Prozent der Varianz	28,7	25,3	19,7	6,1	4,9	4,7	89,4	

(Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse; Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung)

Tab. II-15: Detail-Faktorenanalyse sozialstruktureller Einflussindikatoren [EI-Basis]

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4		
	allg. Grundstruktur	Frauenarbeitslosigkeit	Entwicklung Einpersonenhaushalte	Arbeitslosigkeit	Kommunalität	Erklärungsgehalt / Auswahl
z_EI066_MZ Anteil 1Personenhaushalte 4/2001	0,9	0,1	0,0	0,0	0,8	---> 99
z_EI051_%svp-Beschäftigte am Arbeitsort 30.06.1999 an EW	-0,9	-0,3	0,1	0,0	0,9	
z_EI064_%Wohnungsempfänger an EW	0,8	0,3	0,0	0,3	0,9	
z_EI065_MZ Anteil 1Personenhaushalte 4/1999	0,8	0,2	-0,5	-0,1	0,9	höchster
z_EI062_%Sozialhilfe (laufende Hilfe) an EW	0,7	0,4	-0,2	0,2	0,7	eigenständig
z_EI058_Anteil Langzeitarbeitslose an Arbeitslosen 12-2000 [%]	0,7	-0,1	0,2	0,3	0,6	
z_EI063_%Sozialhilfe (besondere Lebenslage) an EW	0,6	0,4	-0,3	0,0	0,6	eigenständig
z_EI057_Anteil AG über 55 Jahre an Arbeitslosen 12-2000 [%]	0,6	-0,2	0,1	-0,1	0,4	solitär
z_EI052_%SVP_99 Frauen	0,5	0,4	-0,2	0,0	0,4	solitär
z_EI054_1999Anteil der Frauen an Arbeitslosen [%]	0,1	0,9	0,0	-0,1	0,8	höchster
z_EI061_Frauenanteil an Langzeitarbeitslosen 12-2000 [%]	0,2	0,9	0,0	0,1	0,8	
z_EI059_Frauenanteil an Arbeitslosen 12-2000 [%]	0,0	0,9	0,1	0,0	0,8	
z_EI060_Frauenanteil an Arbeitslosen AG über 55 Jahre 12-2000	0,1	0,7	-0,1	-0,1	0,5	wichtiger
z_EI071_%Lebensunterhalt Rente/Pension 2001	-0,3	-0,4	0,0	0,4	0,4	---> 99
z_EI068_Entwicklung 1999-2001 Anzahl 1Personenhaushalte	0,1	-0,1	1,0	0,0	1,0	höchster
z_EI067_Entwicklung 1999-2001 Anteil 1Personenhaushalte	0,2	-0,1	0,9	0,1	0,8	
z_EI069_Entwicklung Anzahl Haushalte gesamt 1999-2001	0,2	0,0	-0,8	0,1	0,7	
z_EI072_Entwicklung % Rente/Pension 1999-2001	-0,6	0,1	0,6	0,3	0,8	
z_EI070_%Lebensunterhalt Rente/Pension 1999	0,4	-0,4	-0,6	0,0	0,7	solitär
z_EI056_Arbeitslose 12-2000 / 100 EW	0,0	-0,1	0,0	1,0	1,0	höchster
z_EI055_Arbeitsuchende+Arbeitslose 12-2000 / 100EW	-0,1	0,0	0,0	1,0	1,0	
z_EI053_1999Arbeitslosenquote [%]	0,3	0,0	0,1	0,9	0,9	eigenständig
Quadratsumme	5,5	4,0	3,6	3,4	16,6	Auswahl: 11
Prozent der Varianz	25,2	18,2	16,6	15,4	75,4	

(Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse; Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung)

Tab. II-16: Detail-Faktorenanalyse raumstruktureller Einflussindikatoren [EI-Basis]

	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4		
	Siedlungsstruktur	Gebietskategorien	Flächenentwicklung	Seniorenanteil ZO	Kommunalität	Erklärungsgehalt / Auswahl
z_EI086_Anteil KreisEW in ZO	0,9	-0,2	-0,1	-0,1	1,0	
z_EI090_%verstärkte Gemeinden 99	0,9	-0,1	-0,2	0,0	0,9	
z_EI087_Anteil KreisSenioren in ZO	0,9	-0,2	-0,1	-0,1	1,0	hoher (Zielgr.)
z_EI103_Bevölkerungsdichte 2001 (EW00/km² Katasterflä	0,9	-0,2	0,1	0,1	0,9	hoher
z_EI089_Mittelwert von gemittelte Entfernung zum ZO d	0,9	-0,2	-0,1	0,1	0,9	eigenständiger
z_EI102_Siedlungsdichte 2001 (EW00/km² Siedlungs+Verke	0,9	-0,3	-0,1	0,1	0,9	
z_EI098_Seniorenanteil 99 in LR	-0,9	0,2	0,1	-0,2	0,9	eigenständiger
z_EI081_EW je Wohngebäude 1999	0,9	-0,3	-0,2	0,2	0,9	eigenständiger
z_EI080_Wohnungen je Wohn/Nichtwohngebäude 1999	0,9	-0,3	-0,2	0,0	0,9	
z_EI091_Verstädterungsgrad der Kreis-Bewohner 99	0,9	0,1	-0,2	-0,3	0,9	eigenständiger
z_EI092_Verstädterungsgrad der Kreis-Senioren 99	0,9	-0,1	-0,2	-0,4	0,9	
z_EI075_Arzte je 1000 EW	0,8	-0,2	0,1	0,4	0,8	eigenständiger
z_EI079_%EFHäuser 1999 (%WG mit 1Wohnung an WG g	0,7	-0,4	-0,1	-0,3	0,9	eigenständiger
z_EI073_Krankenhausbetten je 1000 EW	0,6	-0,3	0,0	0,3	0,5	
z_EI078_%neue WG mit 1+2 Wohnungen an allen neuen	0,6	-0,1	0,4	-0,2	0,6	solitär
z_EI096_%LR EW 99 AG 65 und mehr	-0,4	0,8	0,0	0,0	0,8	höchster
z_EI094_%LR EW 99 Summe	-0,4	0,8	0,0	0,0	0,8	
z_EI095_%VG+LGeZ: EW 99 AG 65 und mehr	0,6	-0,7	-0,1	0,2	0,9	höchster
z_EI093_%VG+LGeZ EW 99 Summe	0,6	-0,7	-0,1	0,2	0,9	
z_EI097_Seniorenanteil 99 in VG+LGeZ	0,5	-0,7	-0,1	-0,2	0,5	
z_EI107_Anderung Siedlungsdichte 1997-2001	-0,2	-0,1	1,0	0,0	1,0	höchster
z_EI106_Anderung Flächenverbrauch 1997-2001	-0,2	0,0	1,0	0,0	1,0	
z_EI108_Anderung Bevölkerungsdichte 1997-2001	-0,1	0,0	0,6	0,0	0,4	eigenständiger
z_EI104_Anderung Siedlungs+Verkehrsfläche von 1997-2001	-0,2	0,0	0,6	-0,1	0,4	
z_EI105_Anderung Freiflächenfragmentierung von 1997	-0,1	-0,1	-0,2	0,1	0,1	solitär
z_EI088_ZO-Seniorenanteil im Kreis	0,2	0,2	0,0	0,9	0,9	höchster
z_EI083_Wohnfläche je Einwohner 1999 (TLS) [m²]	-0,1	-0,1	0,0	0,6	0,4	eigenständiger
Quadratsumme	12,1	3,5	3,3	2,2	21,1	Auswahl: 16
Prozent der Varianz	45,0	13,0	12,1	8,1	78,3	

(Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse; Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung)

II - 5.2 Exkurs Clusteranalyse der Basisindikatoren als Fälle und Kreise als Variablen

Mit diesem Exkurs werden bei der Clusteranalyse der Basisindikatoren per Definition aus den Variablen (bisher Indikatoren) die Fälle und aus den Fällen (bisher die Kreise) die Variablen. D.h., die Cluster fassen die Indikatoren zu Gruppen zusammen (nicht die Kreise). Ziel ist ein besseres Verständnis der Indikatorenqualität.

Die Auswahlindikatoren bilden mit 10 Indikatorenclustern ein recht gutes Ergebnis, da sich ein hoher Distanzsprung erst von 11 zu 10 Clustern einstellt (Abb. II-29: An dieser Stelle wird die Verbindung der Indikatoren Arbeitslosigkeit und „ZO-Punktwert“ gebildet). Aus vorhergegangenen Analysen ist dieser Distanzzuwachs nachvollziehbar.

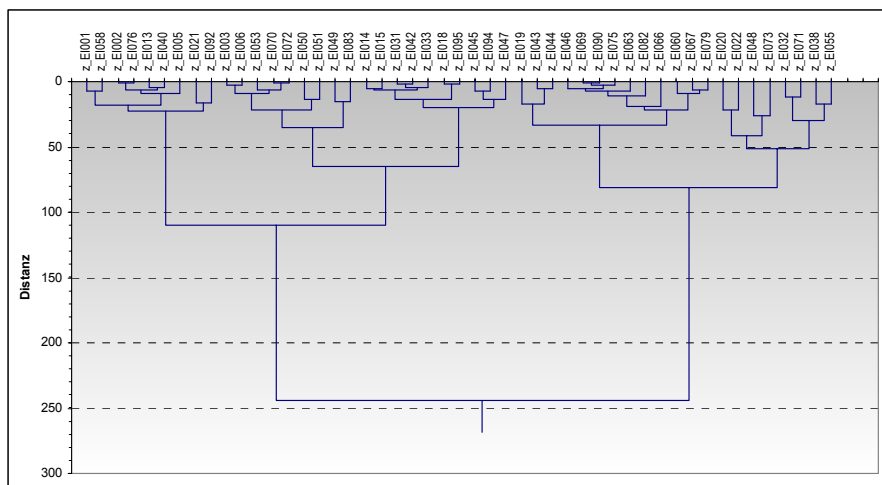


Abb. II-29: Distanz dendrogramm der Clusteranalyse mit Basisindikatoren = Fälle und Kreise = Variablen

Tab. II-17: Indikatorenzugehörigkeit zu Clustern

Cluster 1:	Cluster 4
z_EI001_EW'99 (g) %85 und älter	z_EI019_Mittleres Sterbealter bei den Sterbefällen 2000
z_EI002_Seniorenanteil'99 (g)	z_EI043_V-Rate2020 %über85 an Senioren (1999=100%) 2020
z_EI005_MW Seniorenanteil'99 (g) der Gemeinden	z_EI044_V-Rate2020 %über85 an EW (1999=100%) 2020
z_EI013_Anzahl FPP1 je über75 1999	Cluster 5: Alterswanderung
z_EI021_97Anteil Fortzüge über 65 an Fortzügen insgesamt	z_EI020_97Anteil Zuzüge über 65 an Zuzügen insgesamt
z_EI040_%über85 an Senioren 2020	z_EI022_Räumliches BevEW-Salddo 1997 über 65 Personen
z_EI058_%Lebensunterhalt Rente/Pension 1999	Cluster 6
z_EI076_ZO-Seniorenanteil im Kreis	z_EI032_Entwicklung 1990-2000 Senioren (1990=100%)
z_EI092_Änderung Freiflächenfragmentierung von 1997-2001	z_EI071_Wohnfläche je Einwohner 1999 (TLS) [m²]
Cluster 2	Cluster 7
z_EI003_EW'99 (g) %85 und älter an Senioren	z_EI038_V-Rate2000 %AG 85 und älter an Senioren (1993=100%)
z_EI006_MW EW'99 (g) %85 und älter an Senioren der Gemeinden	z_EI055_Entwicklung 1999-2001 Anteil 1Personenhaushalte
z_EI050_%Sozialhilfe (laufender Hilfe) an EW	Cluster 8: Charakteristiken kreisfreier Städte
z_EI051_%Sozialhilfe (besondere Lebenslage) an EW	z_EI046_%svp-Beschäftigte am Arbeitsort 30.06.1999 an EW
z_EI053_MZ Anteil 1Personenhaushalte 4/1999	z_EI060_Entwicklung %Rente/Pension 1999-2001
z_EI070_Wohnfläche je Wohnung 1999 (TLS) [m²]	z_EI063_Ärzte je 1000 EW
z_EI072_Wohnräume pro Wohnung 1999	z_EI066_%neue WG mit 1+2 Wohnungen an allen neuen WG 1999
Cluster 3	z_EI067_%EFHäuser 1999 (%WG mit 1Wohnung an WG gesamt)
z_EI014_Anzahl FPP1 je über75 2020	z_EI069_EW je Wohngebäude 1999
z_EI015_V-Rate FPP1 1999-2020	z_EI075_Anteil KreisSenioren in ZO
z_EI018_Gesamt-BevBew je 1000 EW 1999	z_EI079_Verstädterungsgrad der Kreis-Senioren'99
z_EI031_Entwicklung 1990-2000 EW (1990=100%)	z_EI082_%VG+LGeZ: EW'99 AG 65 und mehr
z_EI033_Entwicklung 1990-2000 Seniorenanteil (1990=100%)	z_EI090_Bevölkerungsdichte 2001 (EW00/km² Katasterfläche01)
z_EI042_%Seniorenanteil 2020	Cluster 9
z_EI045_V-Rate2020 Seniorenanteil (1999=100%) 2020	z_EI048_1999Arbeitslosenquote [%]
z_EI047_%SVP'99 Frauen	z_EI073_ZO-Punktwert (kfS+15)
z_EI094_Änderung Siedlungsdichte 1997-2001	Cluster 10
z_EI095_Änderung Bevölkerungsdichte 1997-2001	z_EI049_1999Anteil der Frauen an Arbeitslosen [%]
	z_EI083_%LR EW'99 AG 65 und mehr

II - 5.3 Tabellen- und Materialanlage [EI]

Die nachfolgenden Tabellen zur Einflussindikatorenbasis [EI-Basis] und zu den Auswahlindikatoren [EI-Auswahl] sind für eine gedruckte Fassung zu umfangreich. Im Adobe® pdf-Format liegen

diese und weitere Tabellen der digitalen Version der Arbeit auf CD-Rom bei. Zum generellen Aufbau, Struktur und Definition aller Tabellen siehe Abschnitt 3.6.

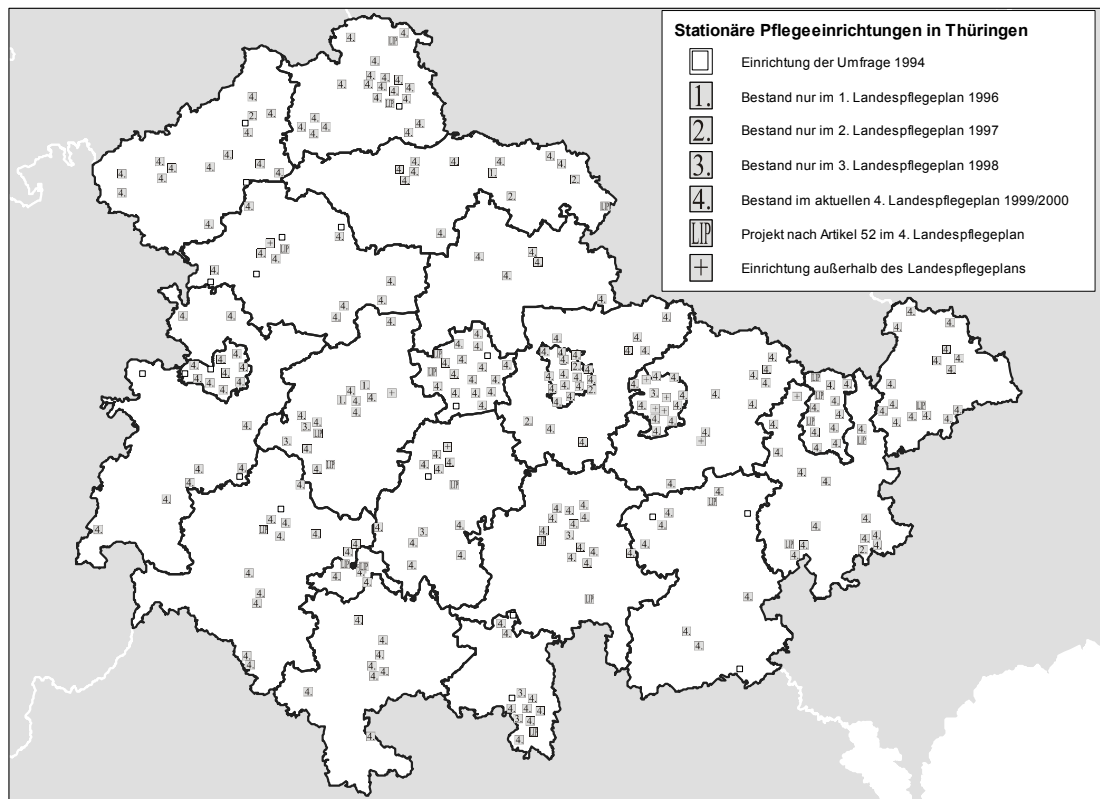
Tab. II-18: Basis der 108 Einflussindikatoren [EI-Basis]

Tab. II-19: Einflussindikatoren [EI-Auswahl], Faktoren- und Clusteranalysen

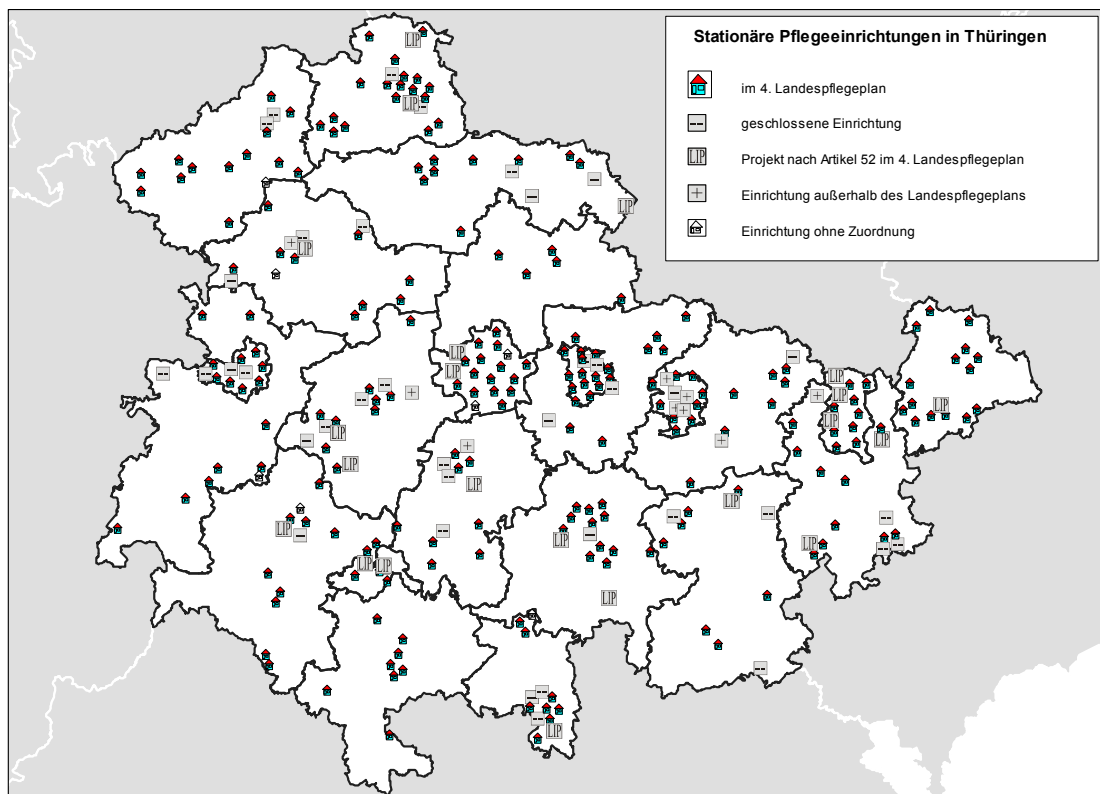
Tab. II-20: Bewertungsmatrix der Clusterergebnisse [EI]

Anlage III PFLEGELANDSCHAFT THÜRINGEN

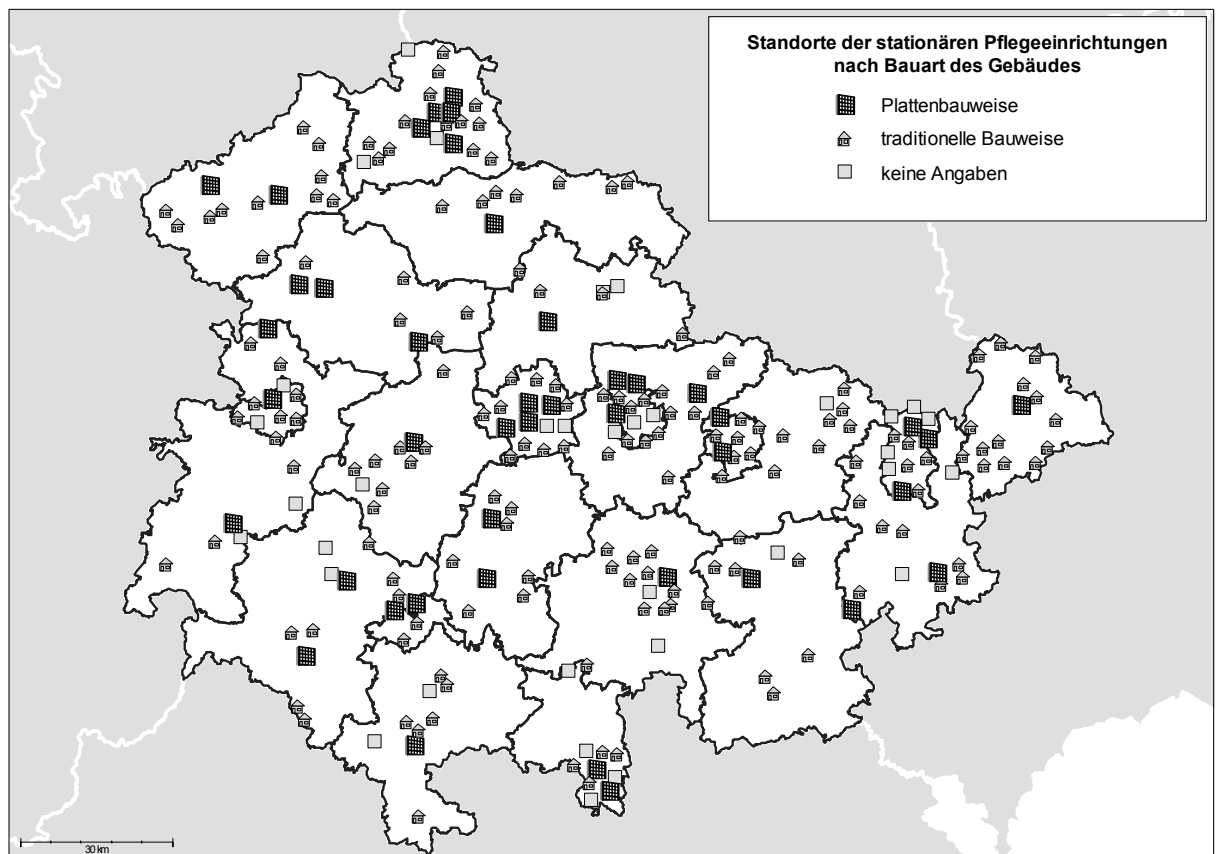
III - 1 Art, Angebot und Standort der Pflegeinfrastruktur



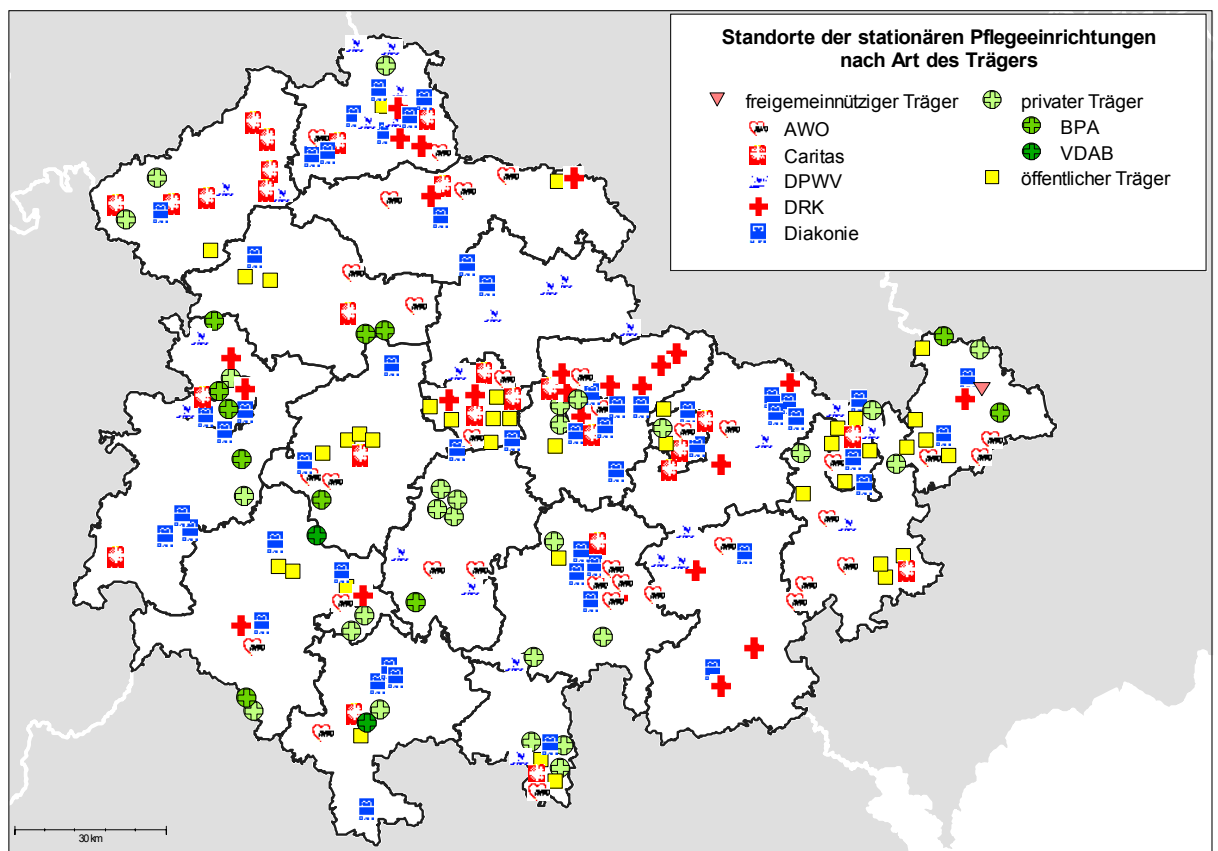
Karte III-1: Veränderungen in der teilstationären und stationären Pflegeinfrastruktur seit 1994 nach Bestand in den Landespflegeplänen



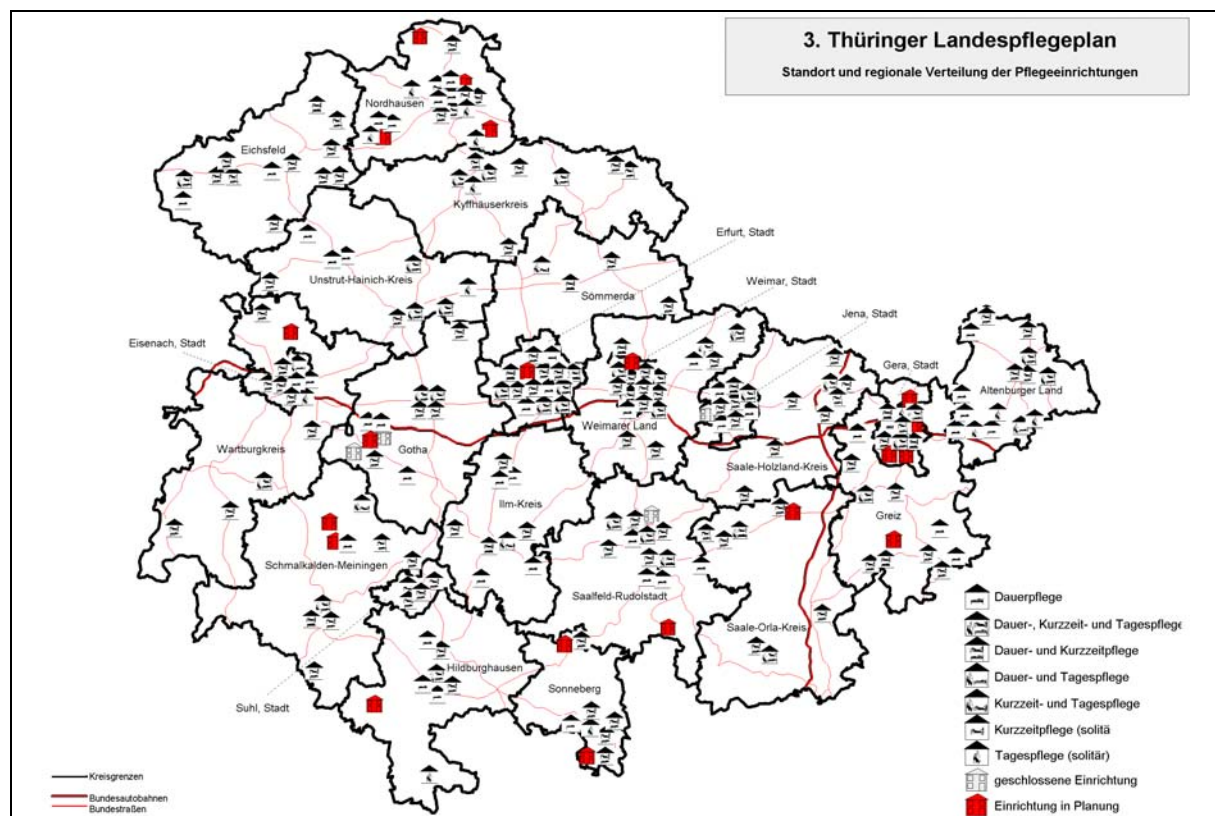
Karte III-2: Standorte stationärer und teilstationärer Pflegeeinrichtungen – Entwicklung bis 1999



Karte III-3: Standorte der stationären und teilstationären Pflegeinfrastruktur nach Bauart des Gebäudes



Karte III-4: Standorte der stationären und teilstationären Pflegeinfrastruktur nach Art und Status des Trägers



Karte III-5: 3. Thüringer Landespflegeplan - Standorte und regionale Verteilung der Pflegeeinrichtungen

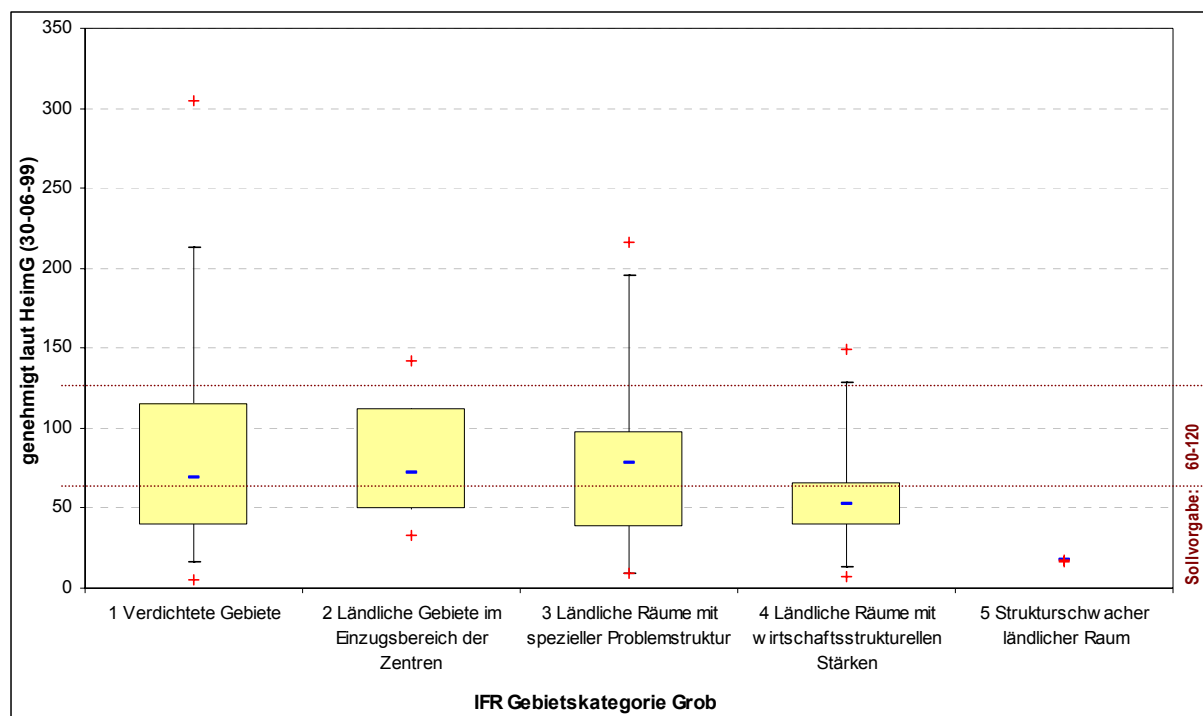


Abb. III-1: Einrichtungsgröße nach IFR-Gebietskategorien am 30.06.1999

III - 2 Vollstationäre und teilstationäre Pflege

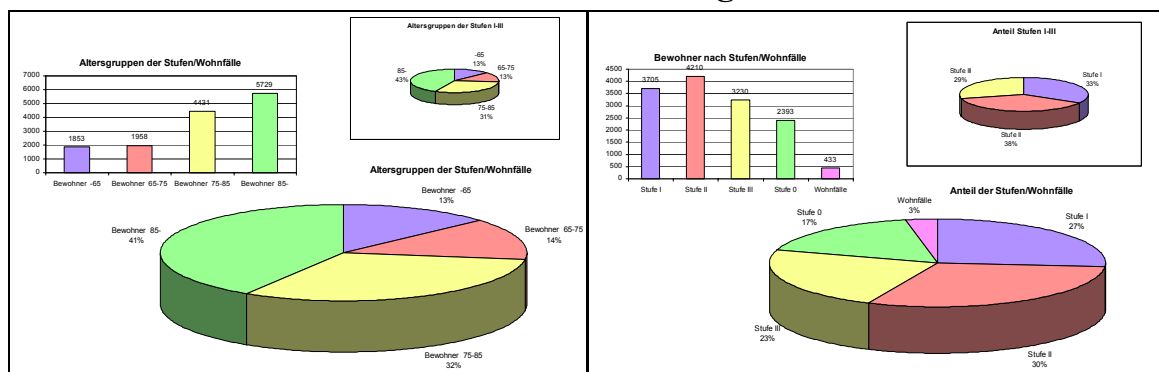


Abb. III-2: Struktur der Bewohner nach Altersgruppen und Grad der Pflegebedürftigkeit am 30.06.1997

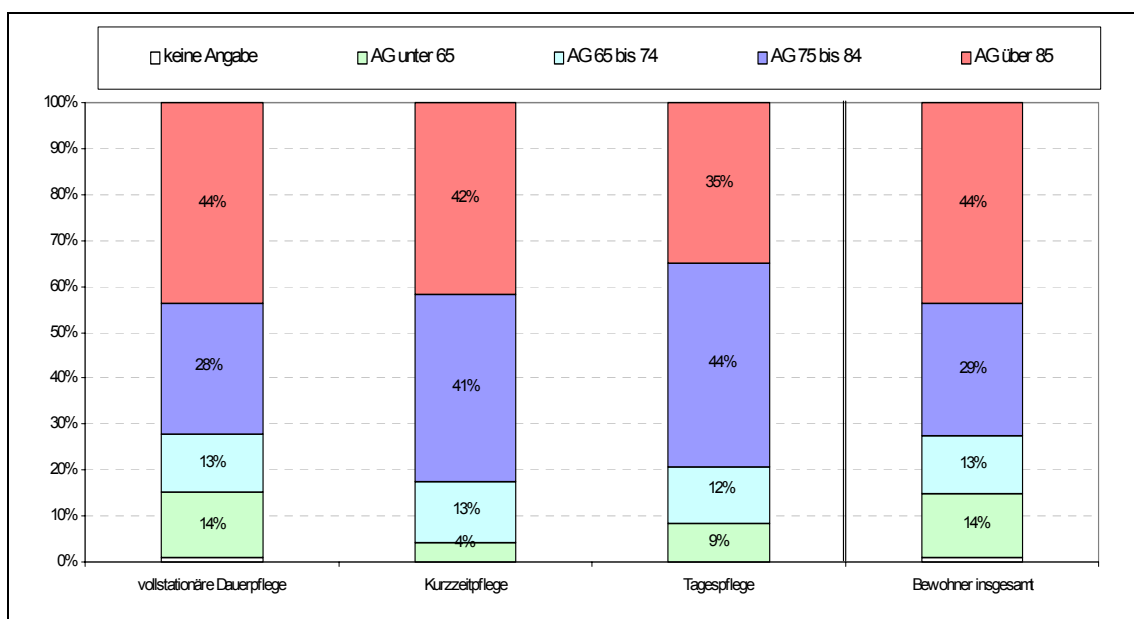


Abb. III-3: Altersstruktur der Bewohner nach Art der Pflege 1999

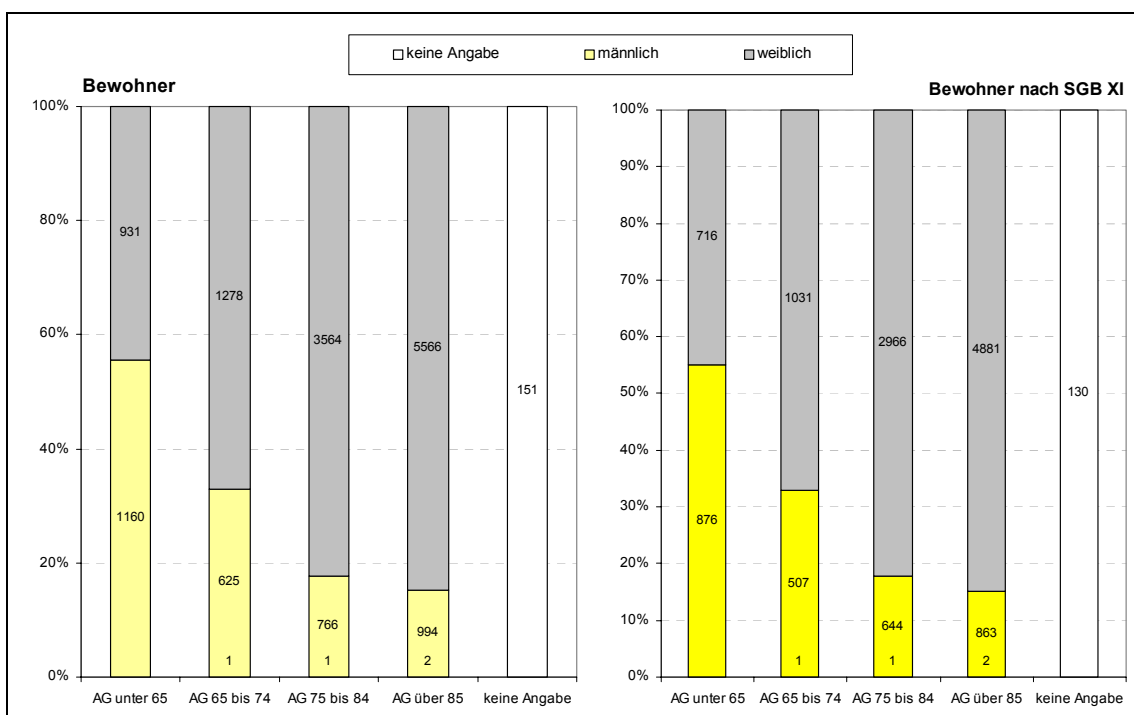


Abb. III-4: Geschlecht nach Altersgruppen der Bewohner am 30.06.1998

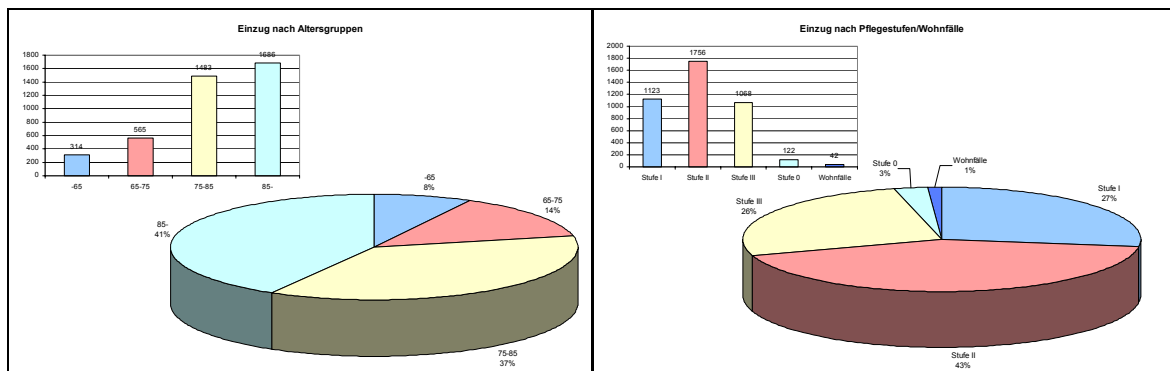


Abb. III-5: Struktur des Einzugs nach Altersgruppen und Grad der Pflegebedürftigkeit 1997

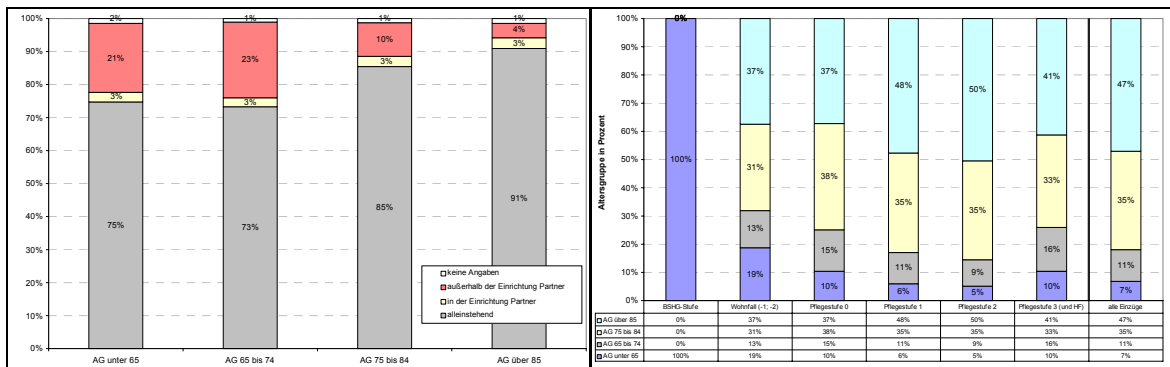


Abb. III-6: Struktur der Einzüge im Zeitraum 1.7.1997 bis 30.06.1998 nach Altersgruppen/Familienstand und Grad der Pflegebedürftigkeit/Altersgruppen

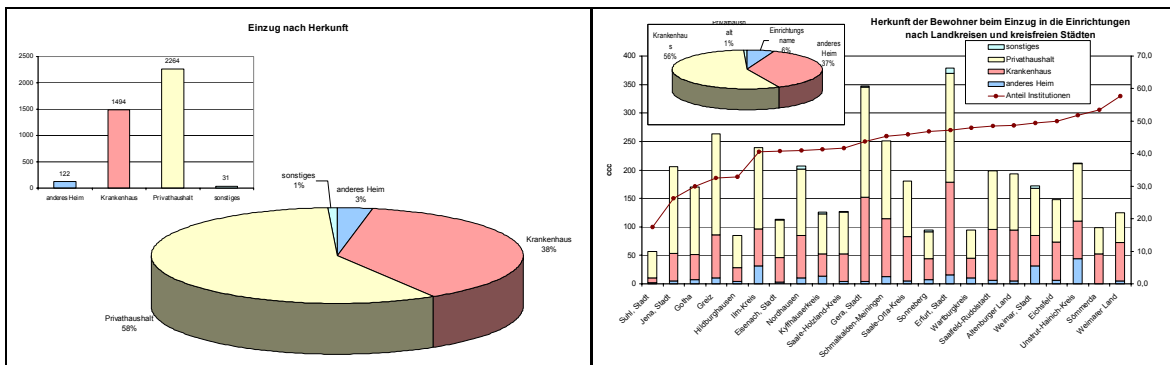


Abb. III-7: Einzug nach Herkunft 1997 und Herkunft der Bewohner beim Einzug in die Einrichtungen nach Landkreisen und kreisfreien Städten 1997

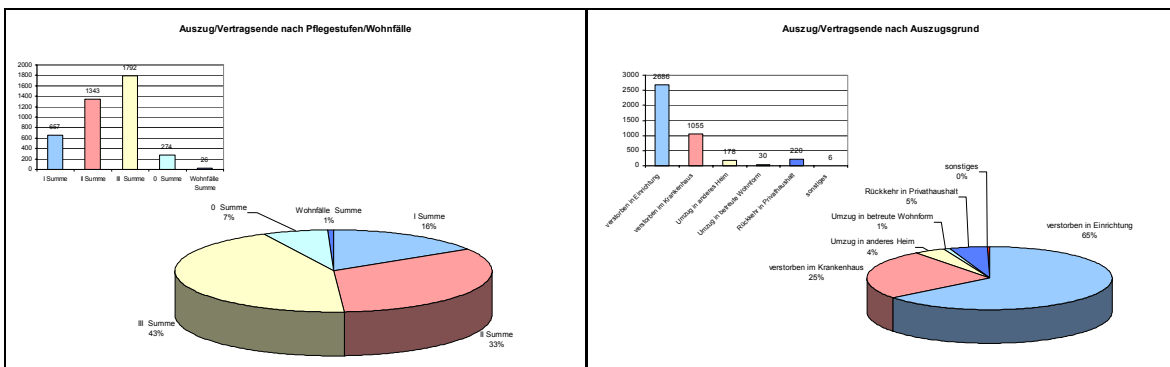


Abb. III-8: Struktur der Auszüge nach Grad der Pflegebedürftigkeit und Grund des Auszuges 1997

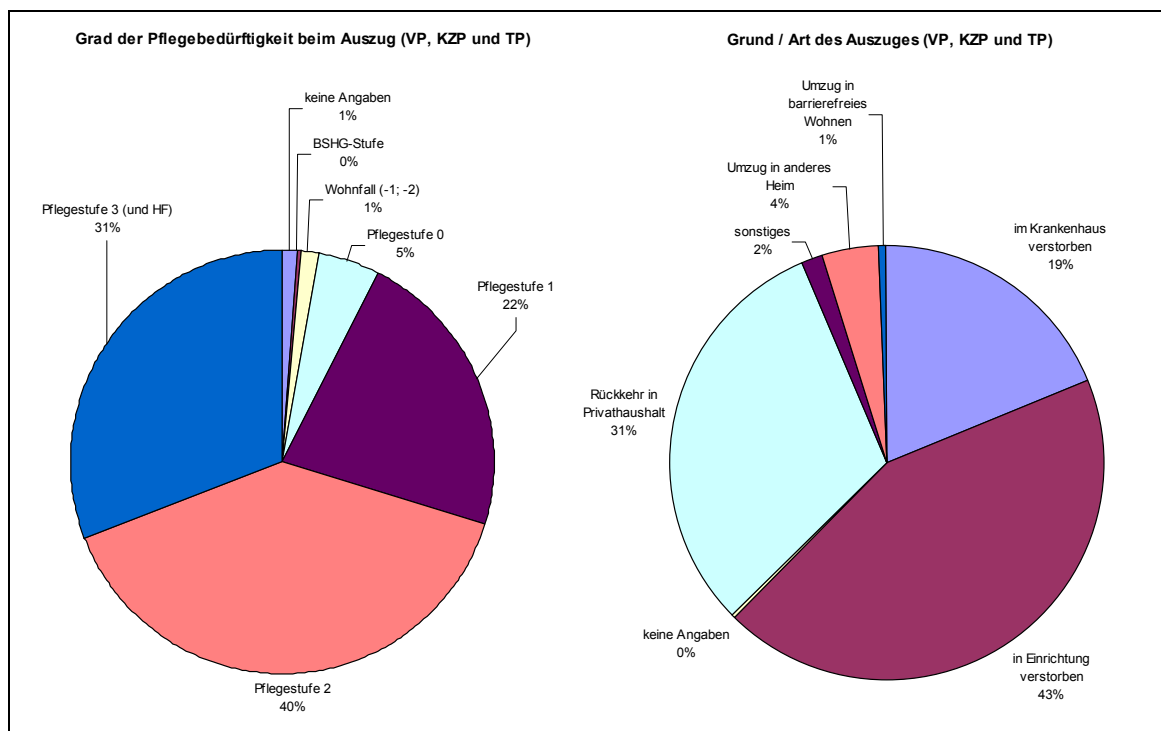


Abb. III-9: Struktur der Auszüge im Zeitraum 1.7.1997 bis 30.06.1998 nach Grad der Pflegebedürftigkeit und Art/Grund des Auszuges

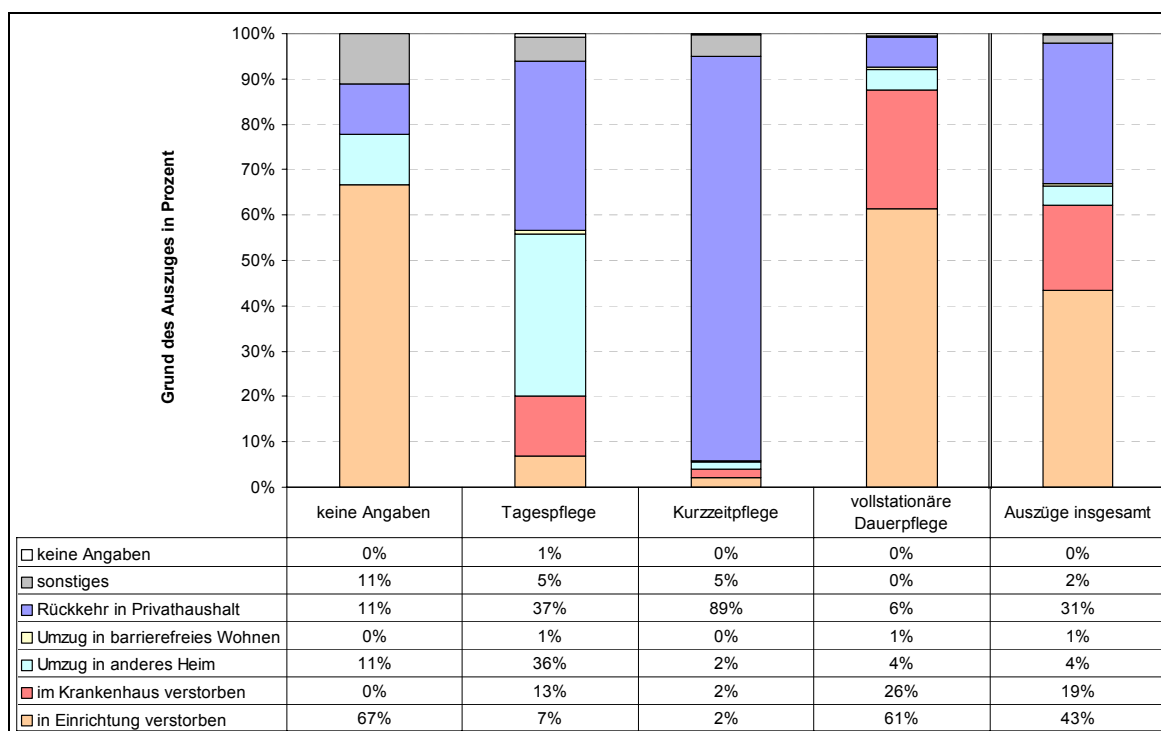


Abb. III-10: Struktur der Auszüge im Zeitraum 1.7.1997 bis 30.06.1998 nach Art der Pflege und Art/Grund des Auszuges

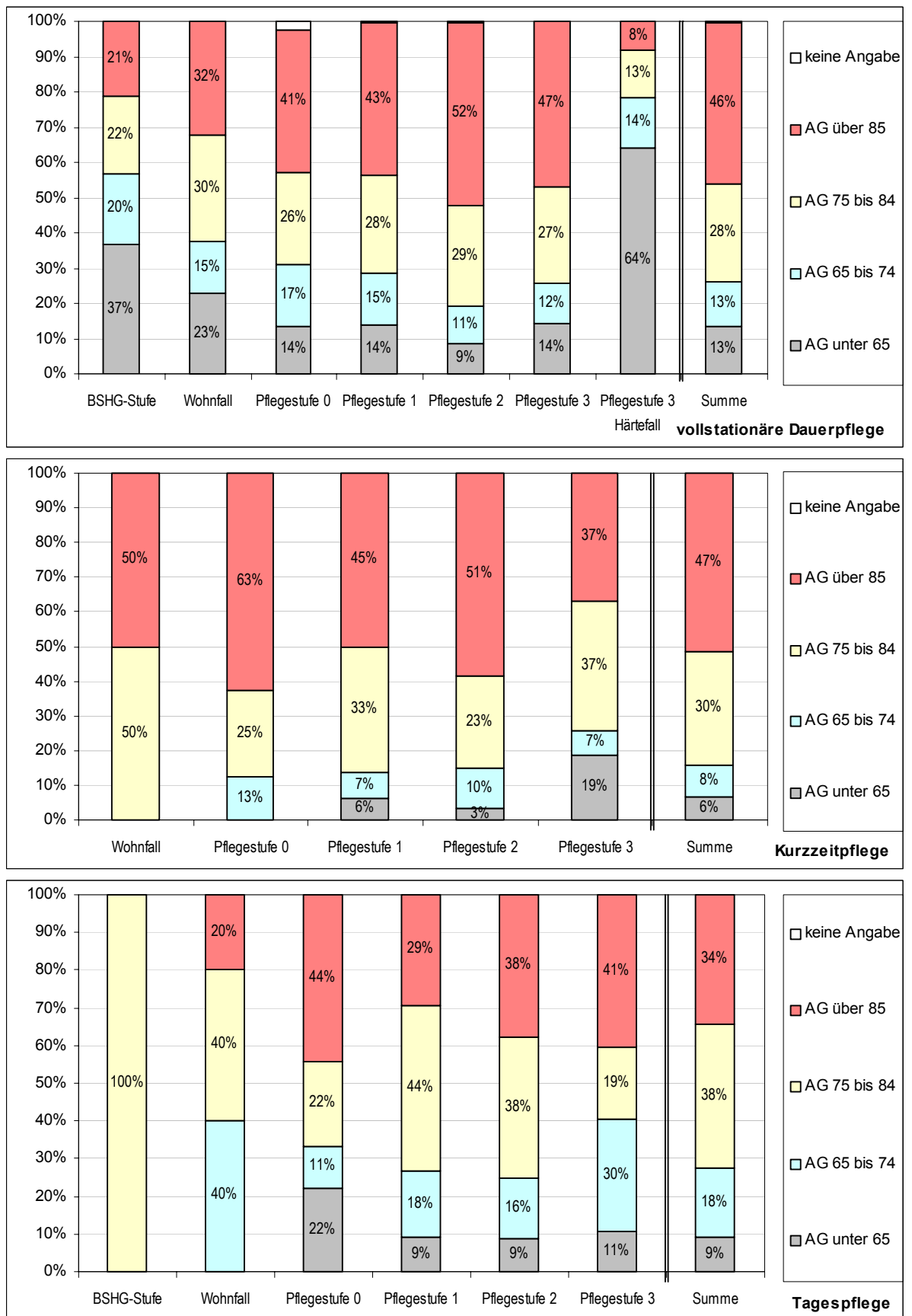


Abb. III-11: Struktur der Bewohner bzw. Nutzer nach Grad der Pflegebedürftigkeit und Altersgruppen am Stichtag 30.06.1999

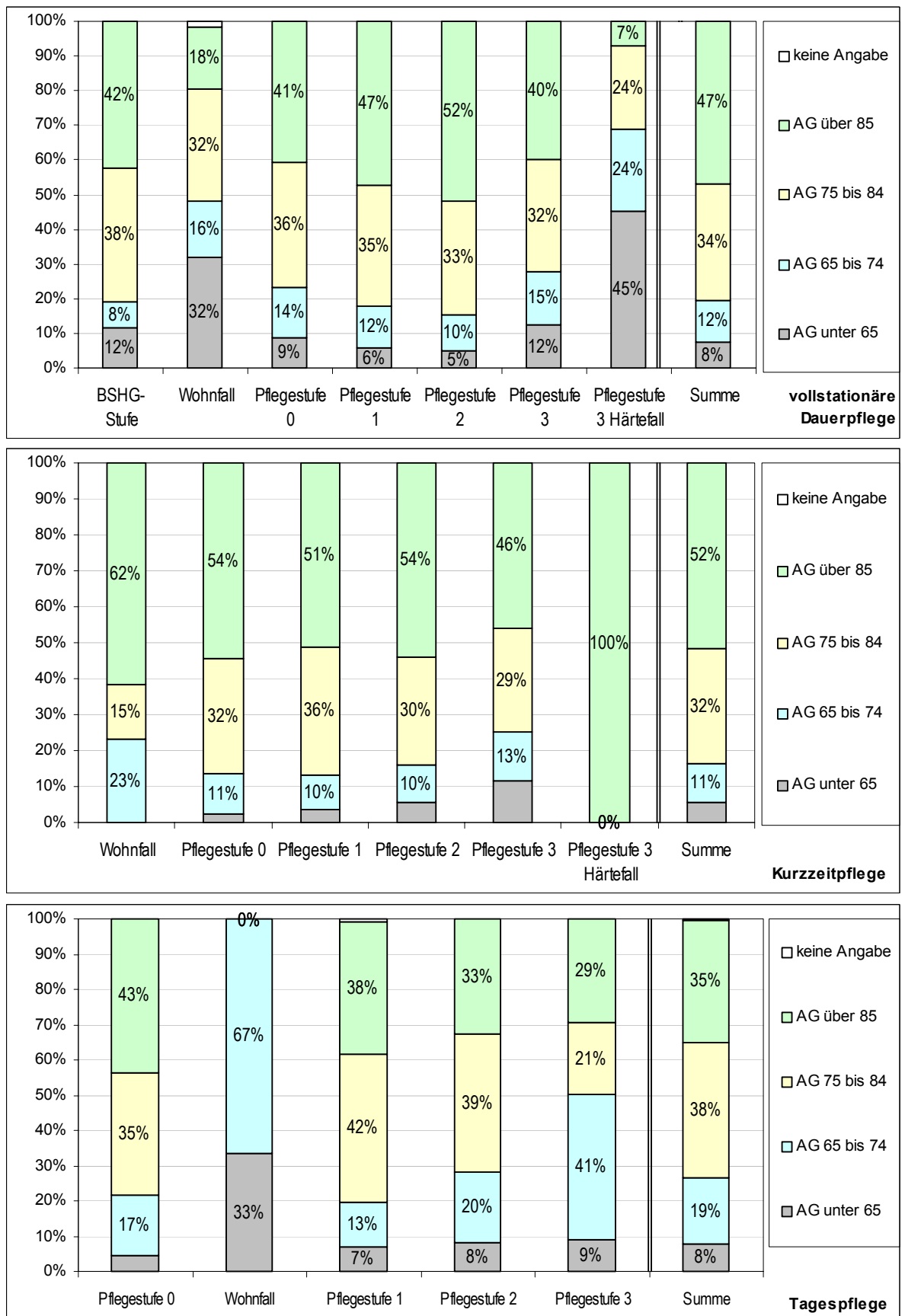


Abb. III-12: Struktur der Einzüge im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 nach Altersgruppen und Grad der Pflegebedürftigkeit

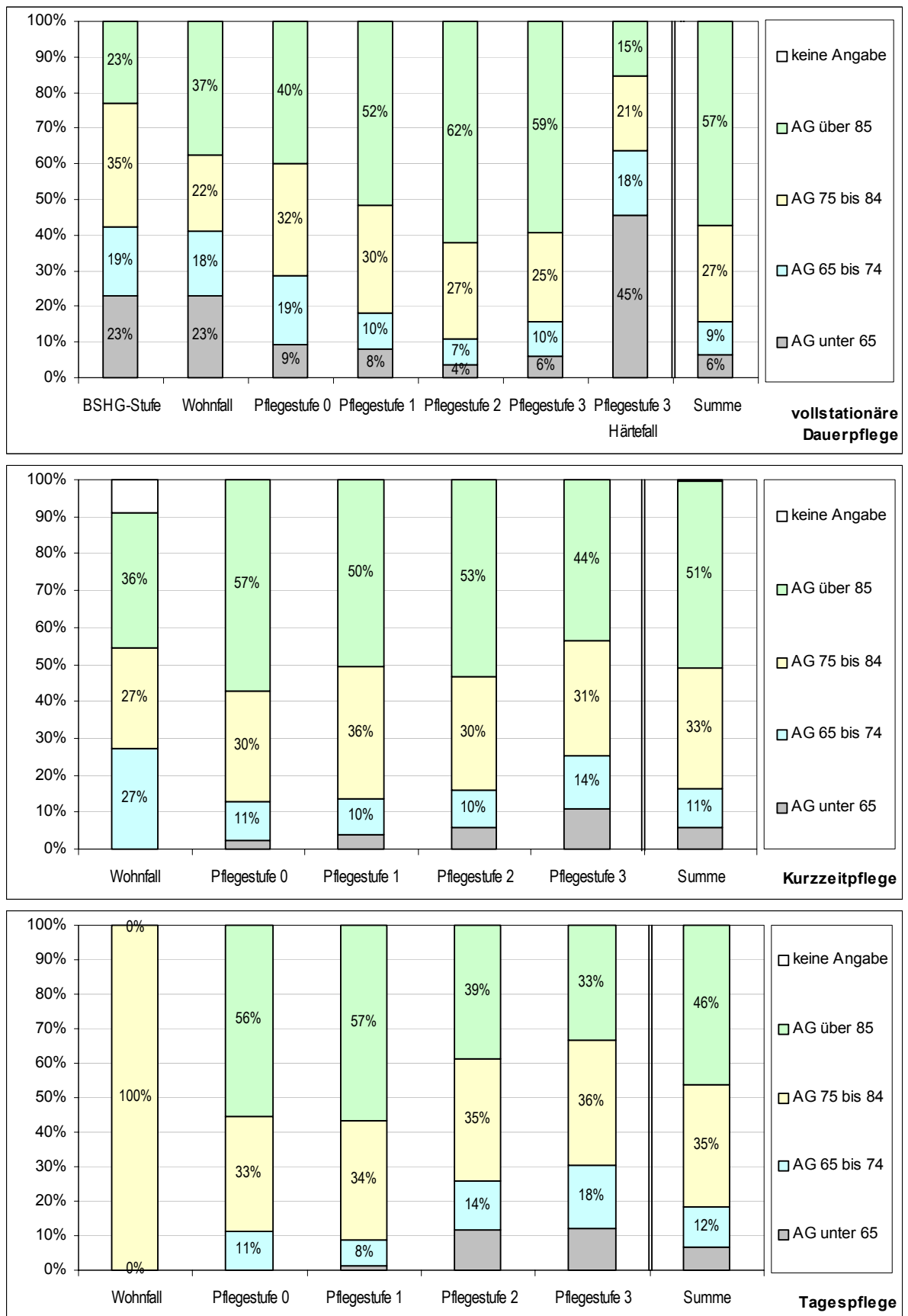
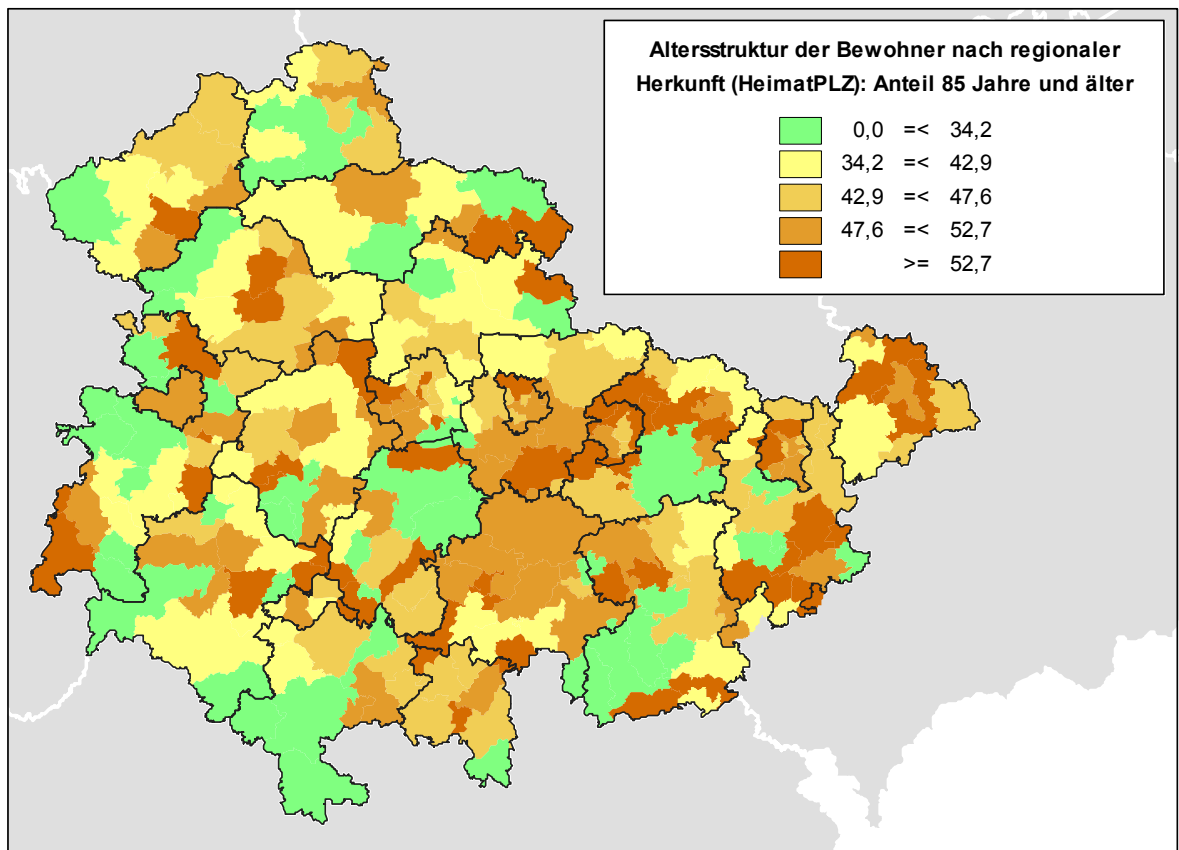
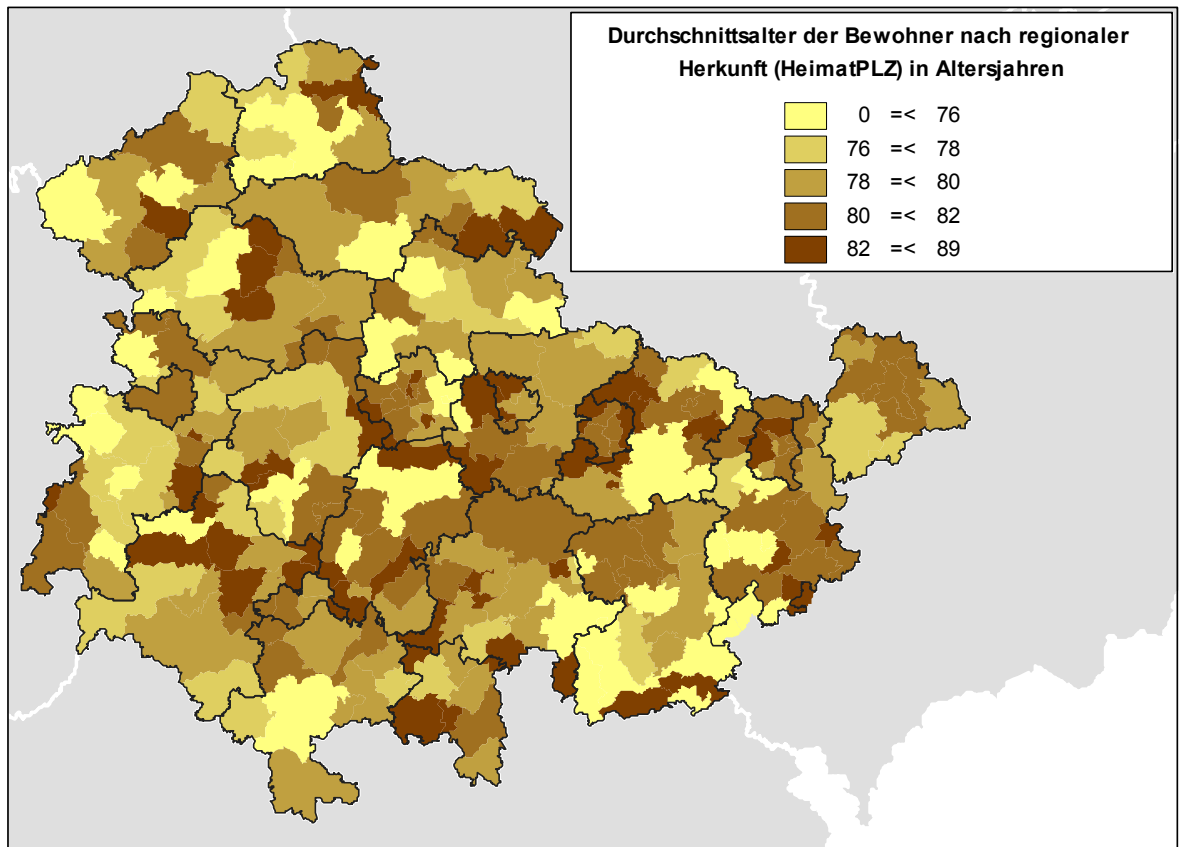


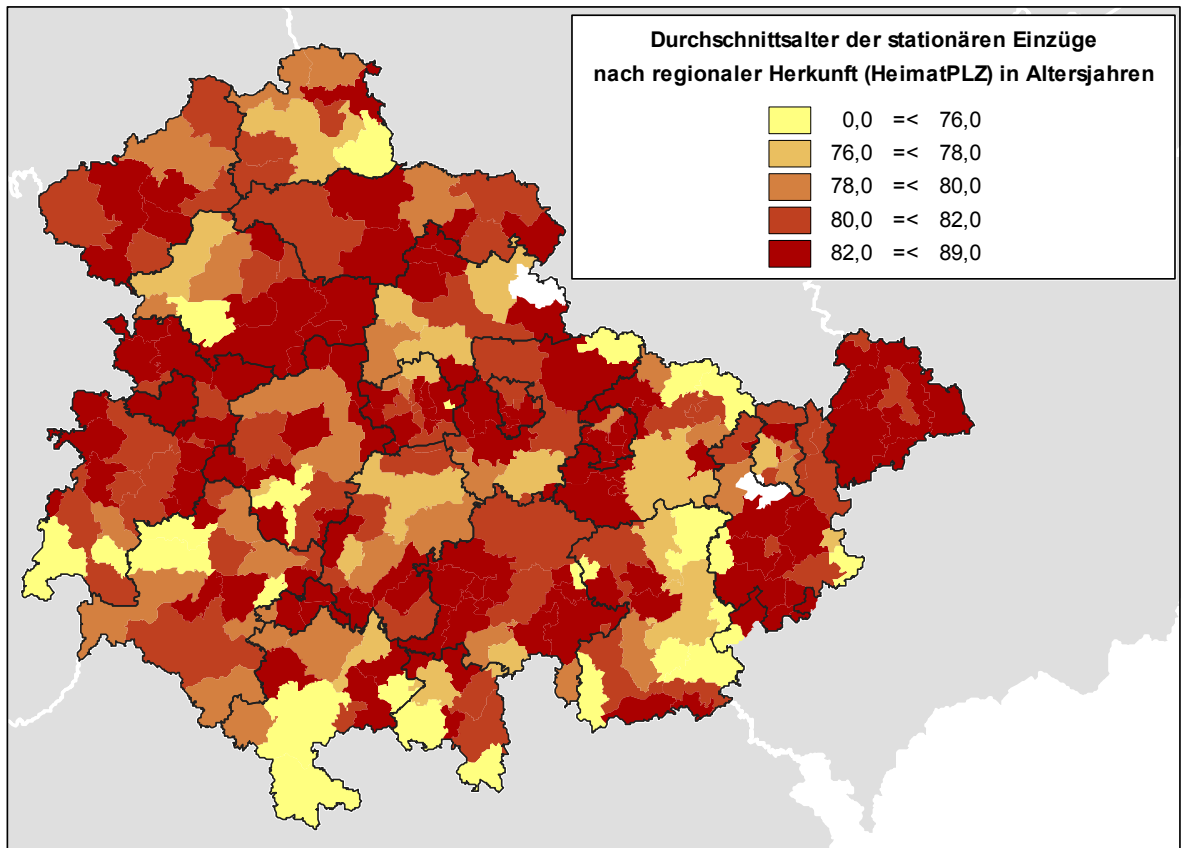
Abb. III-13: Struktur der Auszüge im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 nach Altersgruppen und Grad der Pflegebedürftigkeit



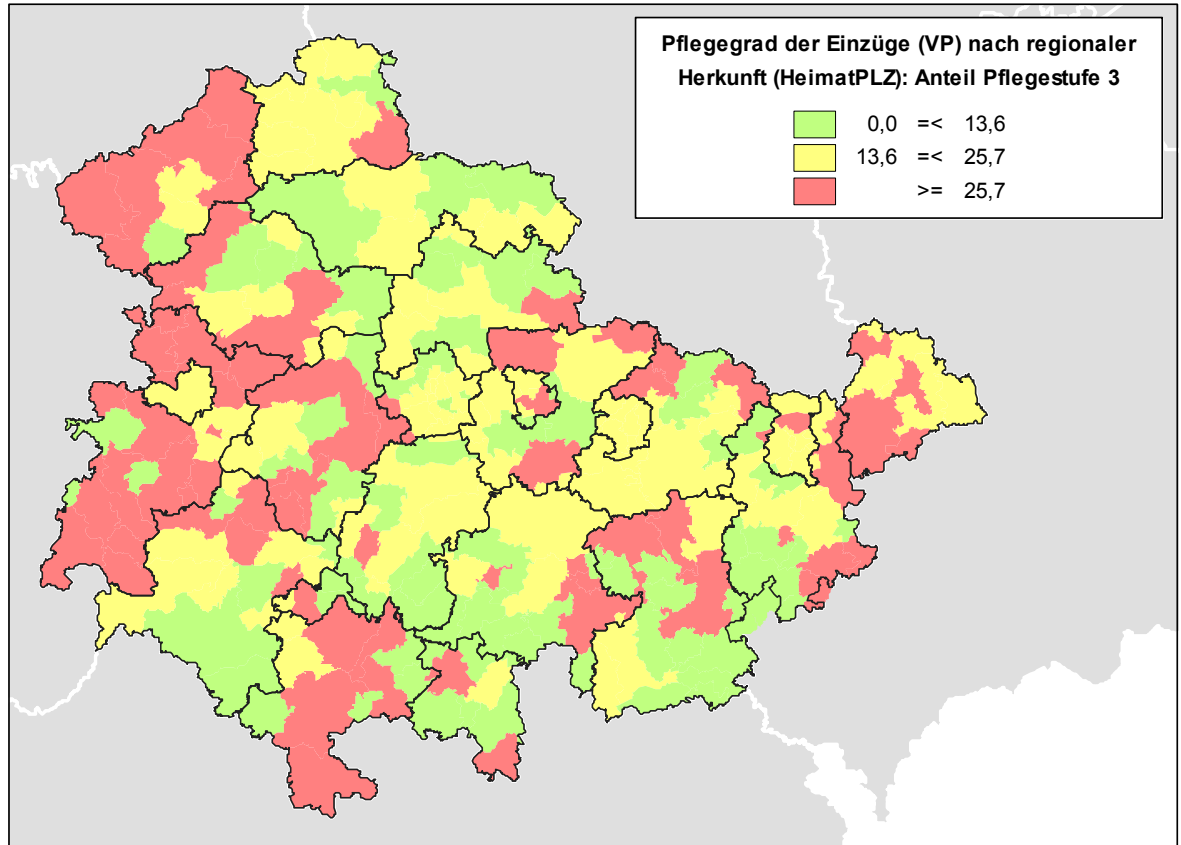
Karte III-6: Topologie der Altersstruktur (Anteil der Hochbetagten an den vollstationären Bewohnern) nach regionaler Herkunft der Bewohner am 30.06.1999



Karte III-7: Topologie des Durchschnittsalters der vollstationären Bewohner nach regionaler Herkunft der Bewohner am 30.06.1999



Karte III-8: Topologie des Durchschnittsalters der neuen vollstationären Bewohner (Einzüge) im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999 nach regionaler Herkunft der Einzüge



Karte III-9: Topologie des Pflegegrads der Pflegebedürftigkeit (Anteil Pflegestufe 3) nach regionaler Herkunft der vollstationären Einzüge im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999

III - 2.1 Regionale Herkunft

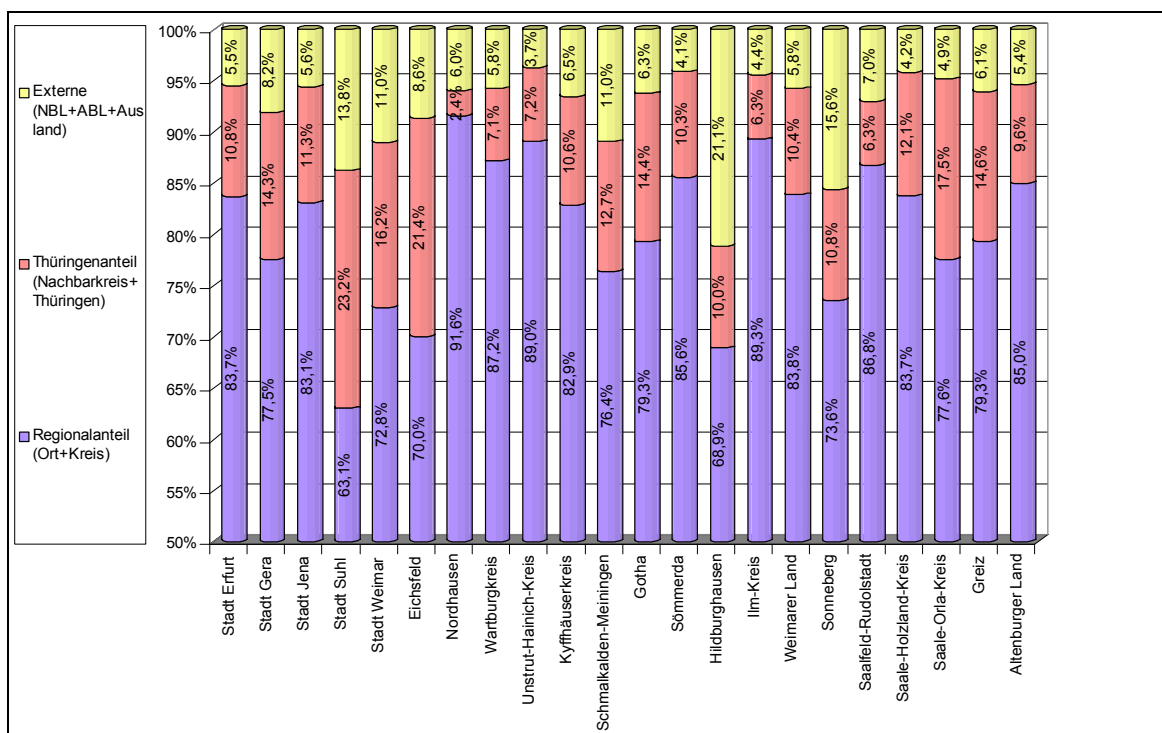


Abb. III-14: Regionale Herkunft der Bewohner nach Landkreisen/kreisfreien Städten 1997

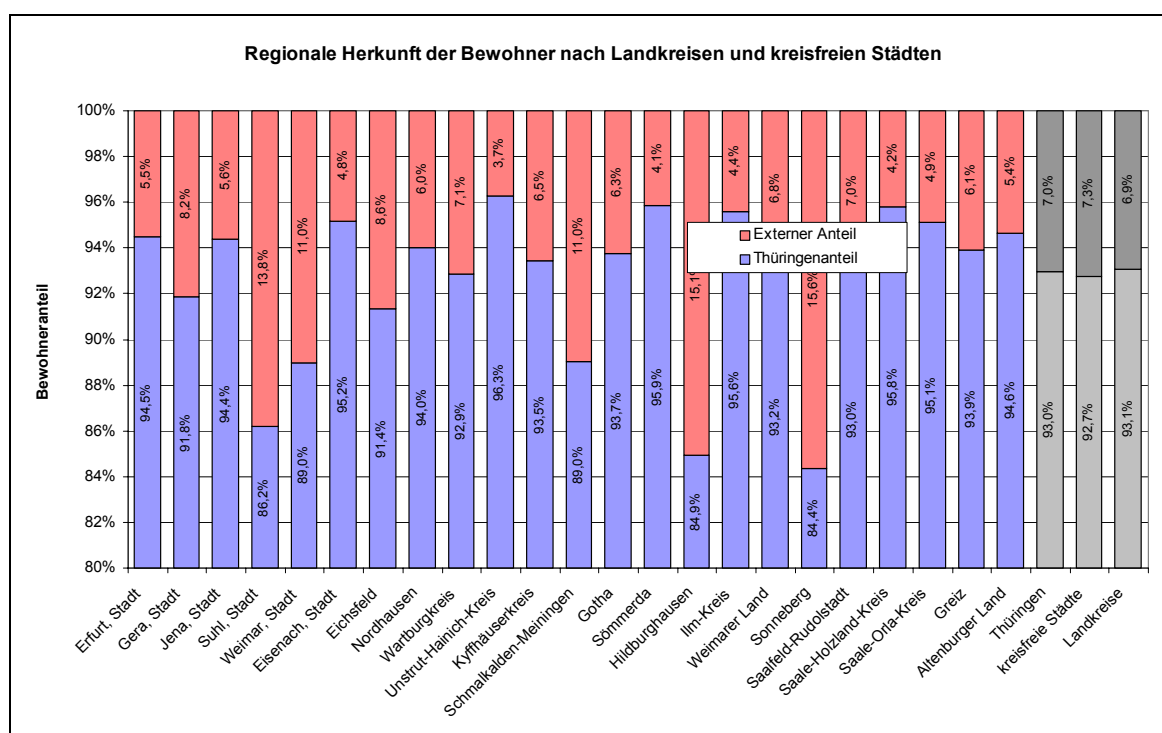
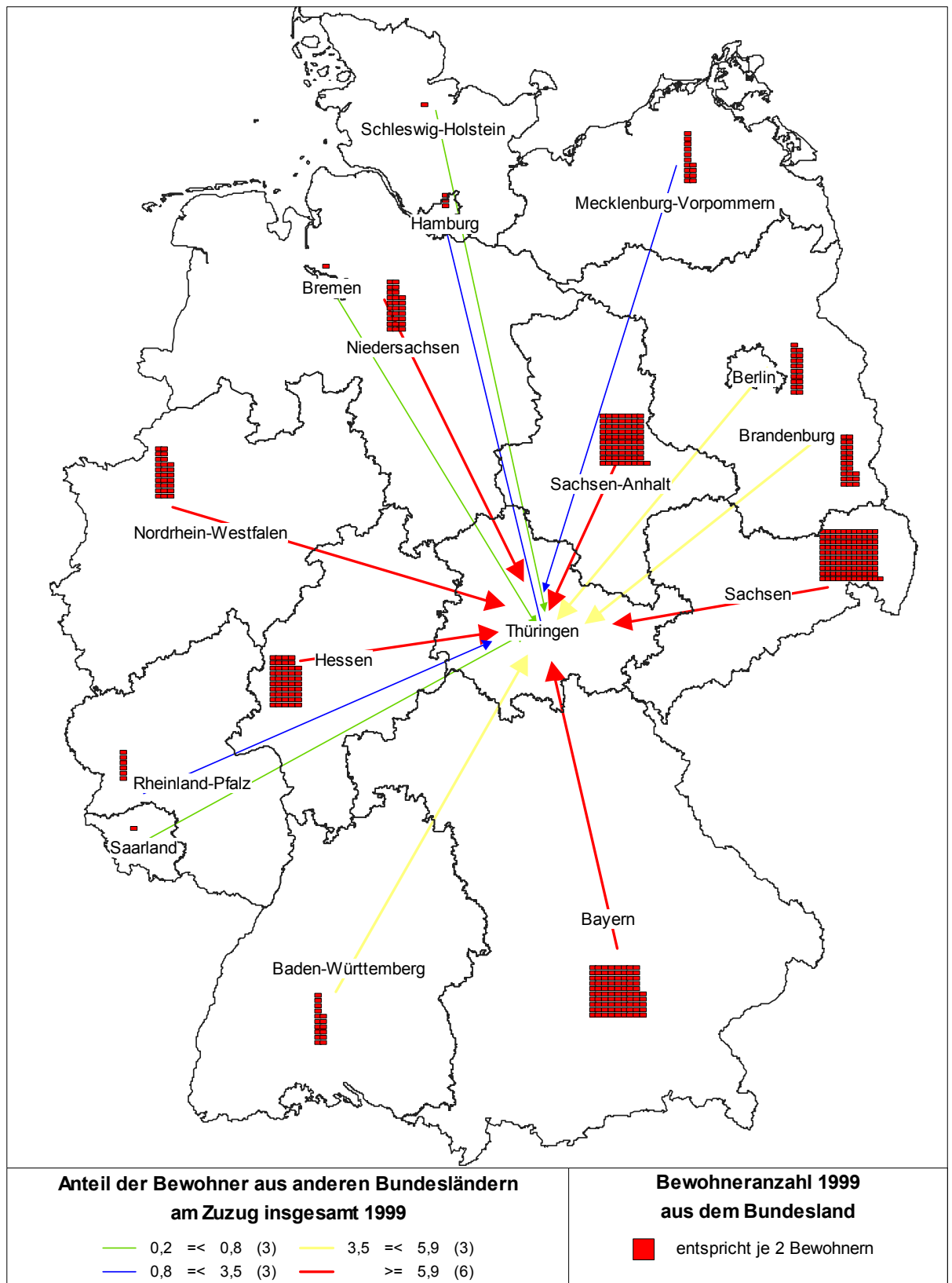


Abb. III-15: Externer Bewohneranteil nach Landkreisen/kreisfreien Städten 1997



Karte III-10: Größenordnung des Zuzugs Pflegebedürftiger nach Bundesländern am 30.06.1999

III - 2.2 Aufenthaltsdauer

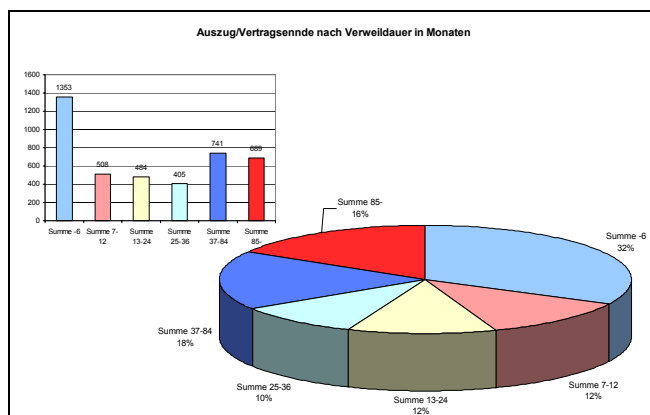


Abb. III-16: Aufenthaltsdauer der Bewohner bei Vertragsende (Vertragsdauer in Monaten) 1997

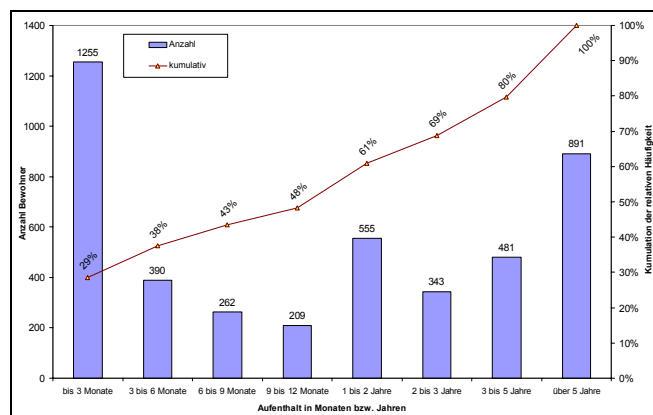


Abb. III-17: Häufigkeitsverteilung der Anzahl „ausgezogener Bewohner“ nach Aufenthaltsdauer in Monaten/Jahren 1997/98

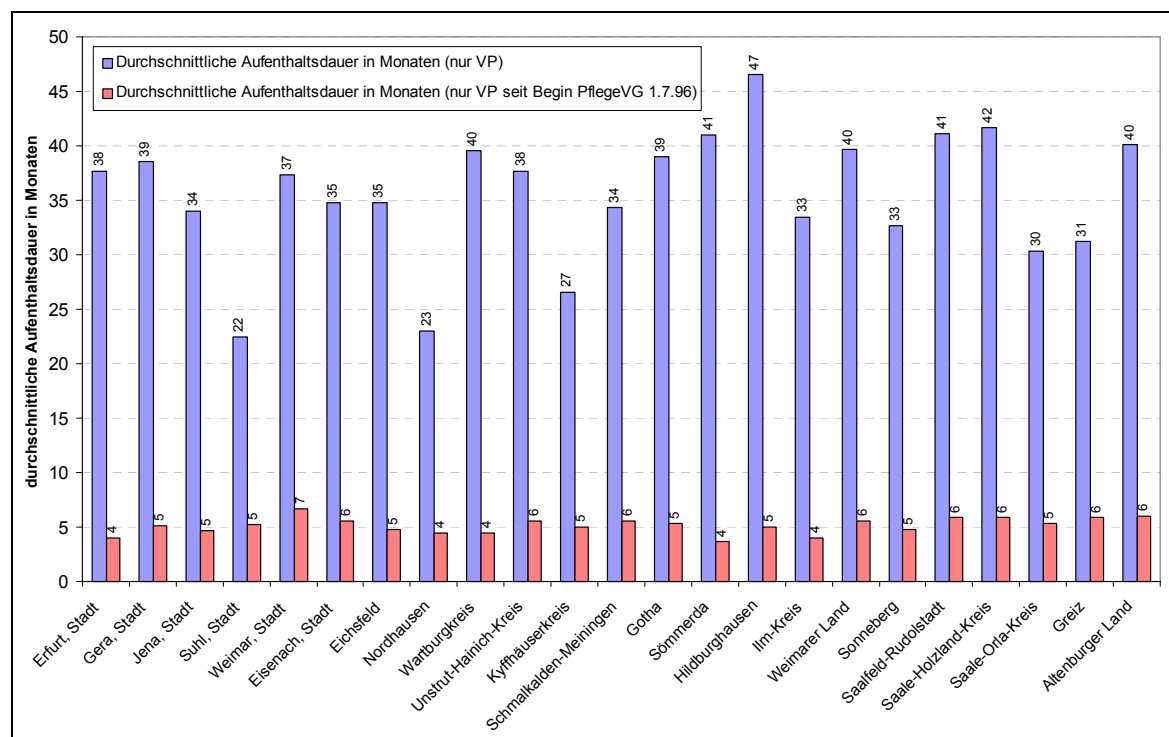


Abb. III-18: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer der im Zeitraum 1.7.1997 bis 30.06.1998 ausgezogenen Bewohner in Monaten nach Landkreisen und kreisfreien Städten

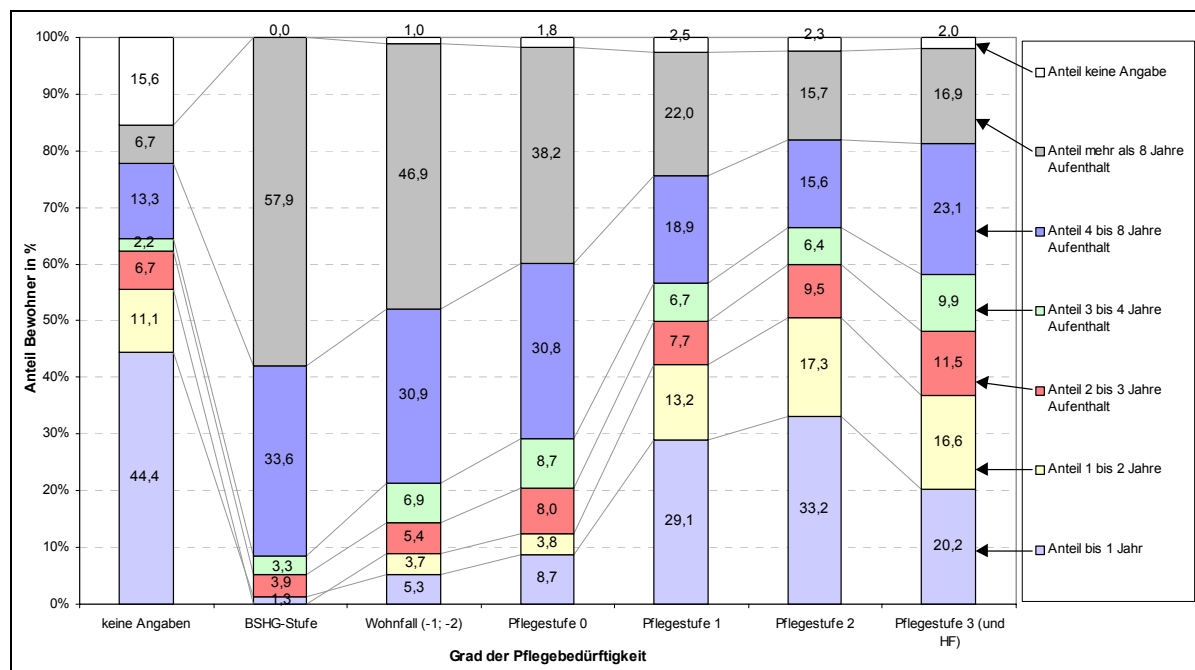
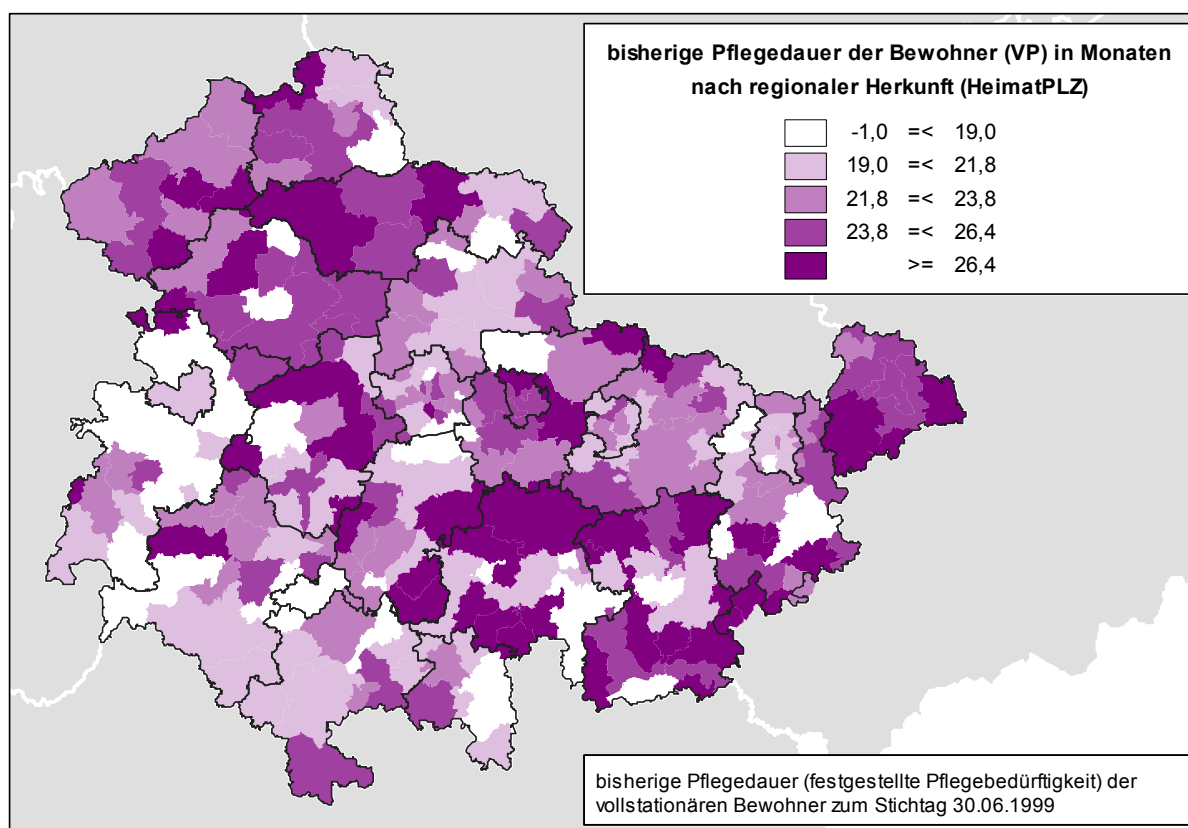
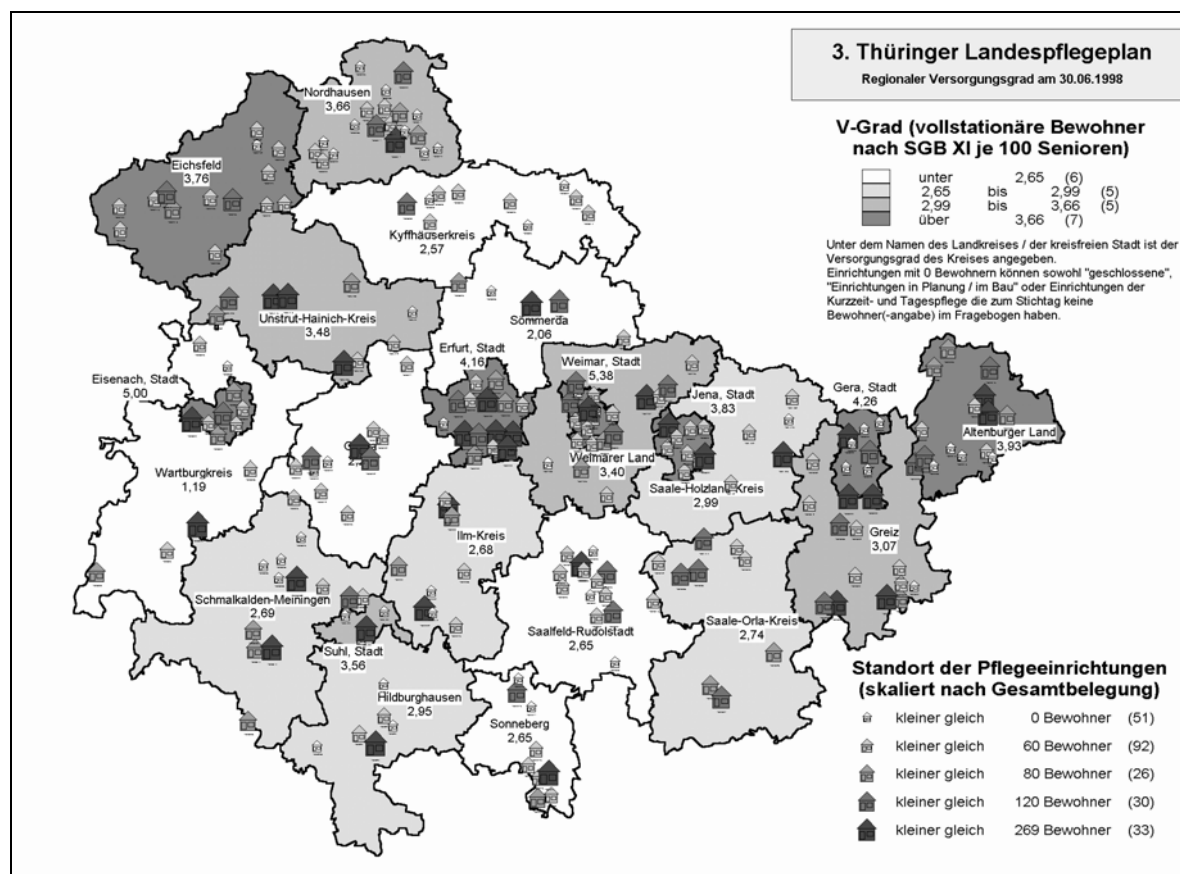


Abb. III-19: Bisherige Wohndauer der Bewohner nach Grad der Pflegebedürftigkeit 1998



Karte III-11: Bisherige Pflegedauer am 30.06.1999 der vollstationären Bewohner in Monaten nach regionaler Herkunft (PLZ5 Heimatregion der Bewohner)

III - 2.3 Versorgungsgrad und Inanspruchnahme



Karte III-12: Regionaler Versorgungsgrad und Einrichtungsgröße im 3. Thüringer Landespflegeplan

Tab. III-1: Versorgungsgrad und Inanspruchnahme im 4. Thüringer Landespflegeplan

Kreisname	Klassischer Versorgungsgrad: Plätze lt. HeimG je 100 Senioren (darin enthaltene Plätze der vollstationären Dauerpflege und Kurzzeitpflege)			Inanspruchnahme: Basis Einzüge im Zeitraum 1.7.98-30.6.99 je 1.000 Senioren (Schwerpunkt Kurzzeit- und Tagespflege, für vollstat. Dauerpflege nur zur Information)			Inanspruchnahme: Basis vollstationäre Bewohnerstruktur zum 30.06.99 Pflegebedürftige BS nach SGB XI der vollstationären Pflege insgesamt bzw. nach Altersgruppen je 100 Senioren insgesamt bzw. je 100 Einwohner der Altersgruppe						
	1997	1998	1999	Vollstationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	Tagespflege	Pflegebedürftige BS insgesamt je 100 Senioren			unter 65 Jahre	65 bis unter 75 Jahre	75 bis unter 85 Jahre	85 Jahre und älter
							1997	1998	1999				
Stadt Erfurt	5,5	5,6	5,5	15,80	9,72	1,57	3,78	4,16	4,25	0,07	0,66	3,97	20,70
Stadt Gera	5,1	5,5	5,8	18,61	7,18	1,31	3,74	4,26	4,51	0,12	0,80	3,59	20,37
Stadt Jena	4,8	4,8	4,8	14,99	3,71	0,80	3,59	3,83	4,01	0,05	0,66	4,18	15,20
Stadt Suhl	3,8	4,3	4,3	19,35	26,19	1,16	2,57	3,56	3,74	0,07	0,77	3,59	15,67
Stadt Weimar	6,6	7,1	6,8	22,66	7,72		4,68	5,38	5,67	0,13	0,92	4,29	25,41
Stadt Eisenach	5,3	5,6	5,6	20,29	6,59	1,65	4,76	5,00	5,10	0,07	0,82	4,41	19,42
Eichsfeld	4,4	4,5	4,5	12,88	7,34		3,49	3,76	3,92	0,12	0,73	3,76	14,63
Nordhausen	4,2	4,2	4,1	11,88	9,19	4,78	3,46	3,66	3,74	0,08	0,85	3,91	15,93
Wartburgkreis	1,8	1,6	1,9	8,30	8,83	0,09	1,05	1,19	1,68	0,06	0,42	1,32	8,30
Unstrut-Hainich-Kreis	4,4	4,3	4,2	10,26	2,75	0,32	3,42	3,48	3,60	0,09	0,90	3,37	15,69
Kyffhäuserkreis	3,0	3,3	3,0	9,34	0,90	1,02	2,39	2,57	2,58	0,06	0,48	2,79	11,94
Schmalkalden- Meiningen	3,8	3,4	3,5	8,88	11,59	1,51	2,45	2,69	2,72	0,06	0,56	2,70	12,80

Kreisname	Klassischer Versorgungsgrad: Plätze lt. HeimG je 100 Senioren (darin enthaltene Plätze der vollstationären Dauerpflege und Kurzzeitpflege)			Inanspruchnahme: Basis Einzüge im Zeitraum 1.7.98-30.6.99 je 1.000 Senioren (Schwerpunkt Kurzzeit- und Tagespflege, für vollstat. Dauerpflege nur zur Information)			Inanspruchnahme: Basis vollstationäre Bewohnerstruktur zum 30.06.99 Pflegebedürftige BS nach SGB XI der vollstationären Pflege insgesamt bzw. nach Altersgruppen je 100 Senioren insgesamt bzw. je 100 Einwohner der Altersgruppe						
	1997	1998	1999	Vollstationäre Dauerpflege	Kurzzeitpflege	Tagespflege	Pflegebedürftige BS insgesamt je 100 Senioren			unter 65 Jahre	65 bis unter 75 Jahre	75 bis unter 85 Jahre	85 Jahre und älter
Gotha	2,8	2,8	2,8	10,51	4,79	0,13	2,11	2,26	2,37	0,06	0,60	2,06	10,21
Sömmerda	2,6	2,7	2,7	8,21	20,44	0,42	2,06	2,06	2,20	0,06	0,42	2,39	9,91
Hildburghausen	3,5	3,2	4,2	16,68	3,04	0,96	2,98	2,95	3,78	0,14	1,07	3,25	15,53
Ilm-Kreis	2,5	2,7	3,0	12,90	3,85	0,71	2,61	2,68	2,52	0,04	0,65	2,58	10,67
Weimarer Land	5,2	4,7	4,5	12,72	6,73	0,45	3,23	3,40	3,49	0,05	0,74	3,17	17,33
Sonneberg	3,4	3,3	3,4	17,19	11,26	2,12	2,50	2,65	2,72	0,06	0,61	2,54	13,01
Saalfeld-Rudolstadt	3,1	3,3	3,3	10,63	4,13	1,11	2,42	2,65	2,74	0,08	0,46	2,29	13,46
Saale-Holzland-Kreis	3,3	3,3	3,3	7,80	5,03	0,71	2,71	2,99	2,79	0,05	0,68	2,36	13,55
Saale-Orla-Kreis	3,7	3,5	3,5	6,70	5,45		2,57	2,74	2,76	0,07	0,62	2,87	11,95
Greiz	3,7	3,5	3,4	9,98	2,19	0,14	2,98	3,07	2,79	0,08	0,72	2,26	11,76
Altenburger Land	4,4	4,6	4,6	15,55	2,73	2,54	3,88	3,93	4,25	0,11	0,93	3,53	18,74
Thüringen	3,9	3,9	3,9	12,51	6,79	1,02	2,95	3,17	3,28	0,08	0,68	3,01	14,83
kreisfreie Städte	5,3	5,5	5,5	17,75	9,01	1,19	3,84	4,30	4,47	0,08	0,74	3,97	19,72
Landkreise	3,4	3,4	3,5	10,99	6,15	0,98	2,70	2,84	2,94	0,07	0,66	2,72	13,19

(Zusammenstellung und Übersicht für den 4. Thüringer Landespflegeplan erstellt)

III - 3 Ambulante Pflegedienste und Pflegebedürftigkeit

Für die Analyse ambulanter Pflegedienste wurden insgesamt drei Datenbestände erarbeitet. Dem frühesten Datenbestand (Basis) liegt kein exakter Stichtag zugrunde. Er beschreibt in etwa die Situation 1994/95. Durch eine Gründungseuphorie ambulanter Pflegedienste mit Einführung der 1. Stufe der Pflegeversicherung kam es zu großen Zuwachsraten.

Seither sind mehr Schließungen als Neugründungen zu verzeichnen (vgl. Abb. III-20).

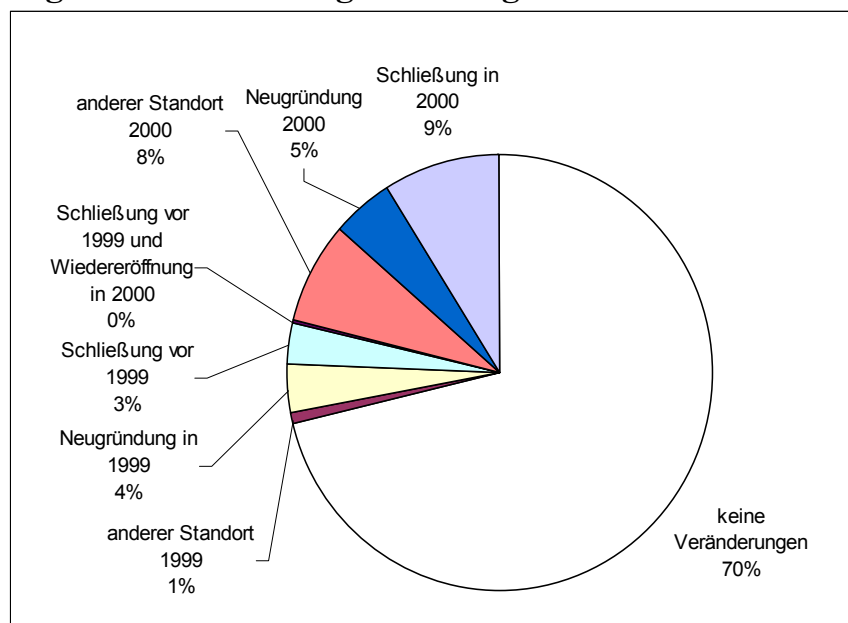


Abb. III-20: Dokumentierte Veränderungen in der Struktur ambulanter Pflegedienste in Thüringen seit 1994

Tab. III-2: Struktur ambulanter Pflegedienste nach Zentralörtlichkeit in Thüringen

	Ambulanter Pflegedienste		Beschäftigte		Fachkräftequote		Vollzeitquote		Veränderung	
	Anzahl 2000	%	gesamt 2000	%	Basis ^{a)}	2000	Basis ^{a)}	2000	Anzahl (Basis=100%)	Beschäftigte
zentraler Ort	339	86,48	2801	89,1	69,7	82,1	67,0	67,5	95,8	87,6
kein zentraler Ort	53	13,52	341	10,9	76,6	81,8	70,9	74,5	98,1	97,4
1 Oberzentrum	68	17,35	574	18,3	69,7	78,9	75,8	83,1	95,8	88,3
2 Mittelzentrum mit Teilfunktion eines Oberzentrums	55	14,03	415	13,2	70,3	81,7	62,7	65,1	90,2	83,3
3 Mittelzentrum	92	23,47	820	26,1	67,3	85,1	65,8	67,4	96,8	84,1
4 Teilfunktionales Mittelzentrum	22	5,61	188	6,0	67,3	80,9	62,9	52,7	81,5	74,9
5 Unterzentrum	58	14,80	466	14,8	76,3	80,9	61,4	55,8	103,6	100,4
6 Kleinzentrum	44	11,22	338	10,8	69,0	83,4	69,8	68,3	100,0	93,6
kein ZO	53	13,52	341	10,9	76,6	81,8	70,9	74,5	98,1	97,4

a) Basis = 100% im Jahr 1994/1995

Tab. III-3: Struktur ambulanter Pflegedienste nach Gebietskategorien in Thüringen

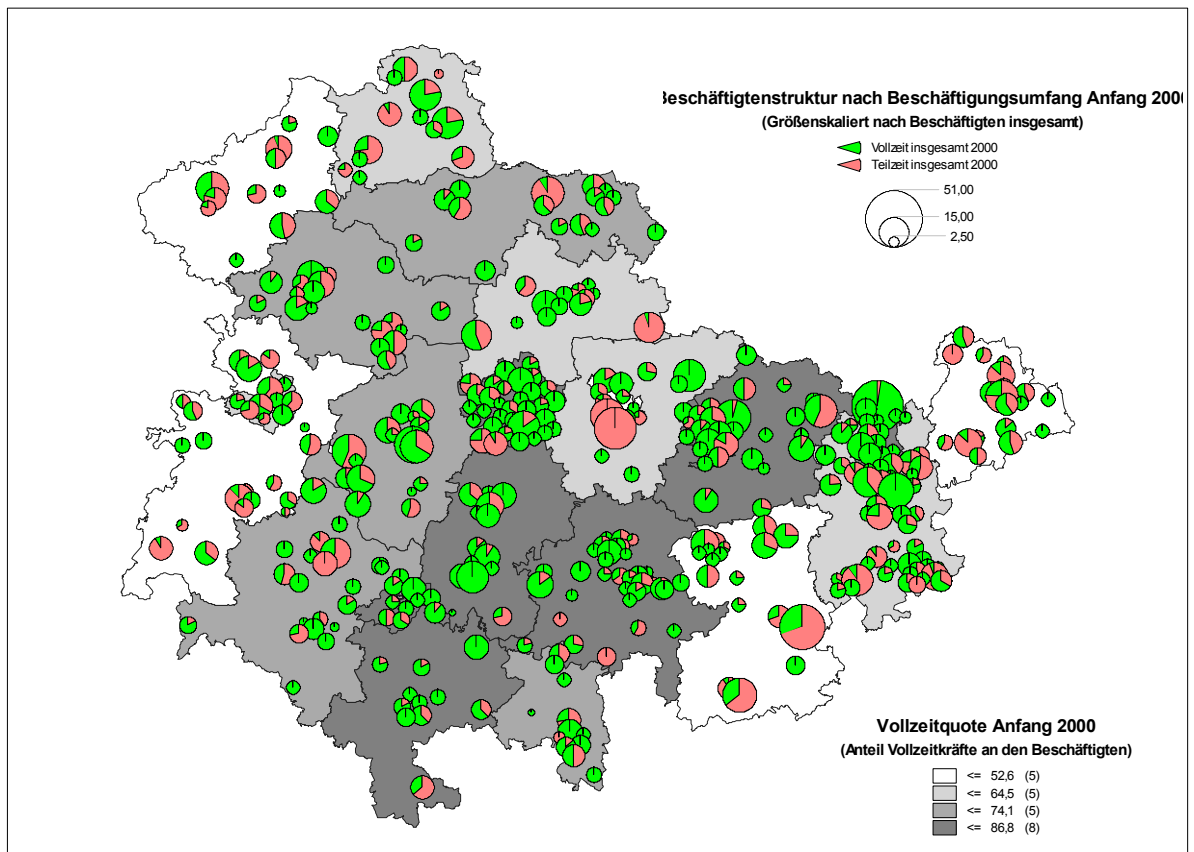
	Ambulanter Pflegedienste		Beschäftigte		Fachkräftequote		Vollzeitquote		Veränderung	
	Anzahl 2000	%	gesamt 2000	%	Basis ^{a)}	2000	Basis ^{a)}	2000	Anzahl (Basis=100%)	Beschäftigte
1 Verdichtete Gebiete	241	61,48	1939	61,7	69,2	82,4	67,3	71,9	97,6	86,3
2 Ländliche Gebiete im Einzugsbereich der Zentren	11	2,81	90	2,9	59,3	74,4	74,6	78,9	84,6	76,3
3 Ländliche Räume mit spezieller Problemstruktur	69	17,60	630	20,1	71,7	82,5	65,6	59,5	90,8	88,4
4 Ländliche Räume mit wirtschaftsstrukturellen Stärken	63	16,07	439	14,0	77,2	82,0	68,3	62,0	96,9	100,9
5 Strukturschwacher ländlicher Raum	8	2,04	44	1,4	77,8	79,5	66,7	72,7	114,3	122,2

a) Basis = 100% im Jahr 1994/1995

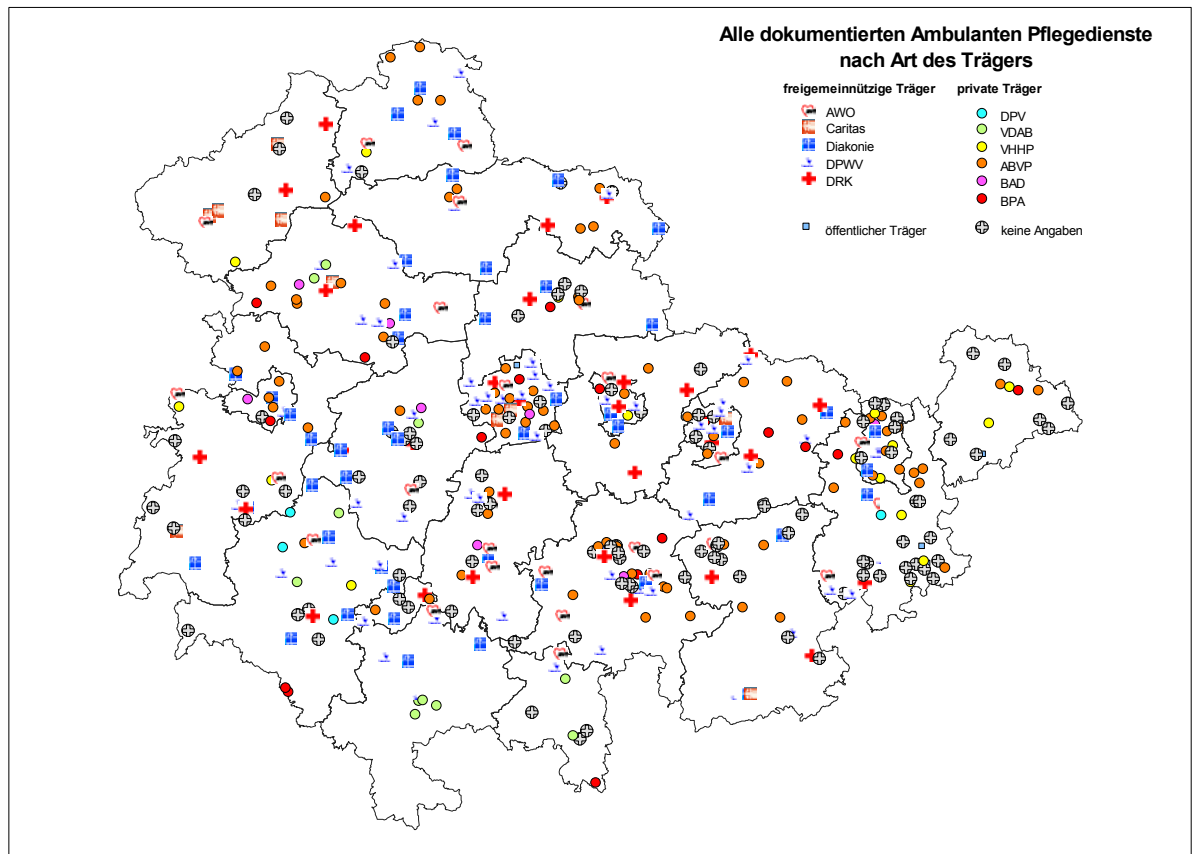
Tab. III-4: Struktur ambulanter Pflegedienste nach Trägerstatus in Thüringen

Trägerstatus	Trägerverband	Anzahl 2000	Beschäftigte insgesamt 2000	Fachkräftequote Basis ^{a)}	Fachkräftequote 2000	Vollzeitquote Basis ^{a)}	Vollzeitquote 2000	Anteil an AD-Anzahl 2000	Anteil an AD-Beschäftigten 2000	Veränderung Anzahl	Veränderung Beschäftigte
freigemeinnütziger Träger		180	1704	65,4	80,8	60,3	59,3	45,92	54,2	90,5	76,8
	AWO	26	210	71,1	83,8	51,5	61,9	6,63	6,7	86,7	78,9
	Caritas	12	131	74,0	95,4	53,8	50,4	3,06	4,2	92,3	77,5
	Diakonie	54	635	69,0	77,2	52,8	49,3	13,78	20,2	98,2	88,2
	DPWV	56	411	52,9	73,2	50,6	55,2	14,29	13,1	91,8	67,9
	DRK	30	313	70,7	89,8	93,3	86,6	7,65	10,0	100,0	75,2
	keine Angaben	2	4	61,4	100,0	81,8	100,0	0,51	0,1	20,0	9,1
privater Träger		208	1417	78,9	83,6	79,4	78,8	53,06	45,1	101,5	108,3
	ABVP	81	593	78,9	82,6	78,5	78,1	20,66	18,9	101,3	111,9
	BAD	7	42	83,0	90,5	76,6	71,4	1,79	1,3	87,5	89,4
	BPA	14	102	75,0	81,4	78,3	80,4	3,57	3,2	93,3	85,0
	DPV	4	15	86,7	80,0	73,3	93,3	1,02	0,5	100,0	100,0
	keine Angaben	76	441	82,9	86,2	80,0	78,0	19,39	14,0	96,2	106,5
	VDAB	10	73	77,8	91,8	86,4	80,8	2,55	2,3	100,0	90,1
	VHHP	16	151	65,3	75,5	79,2	82,1	4,08	4,8	177,8	149,5
öffentlicher Träger		4	21	71,4	90,5	66,7	81,0	1,02	0,7	100,0	100,0

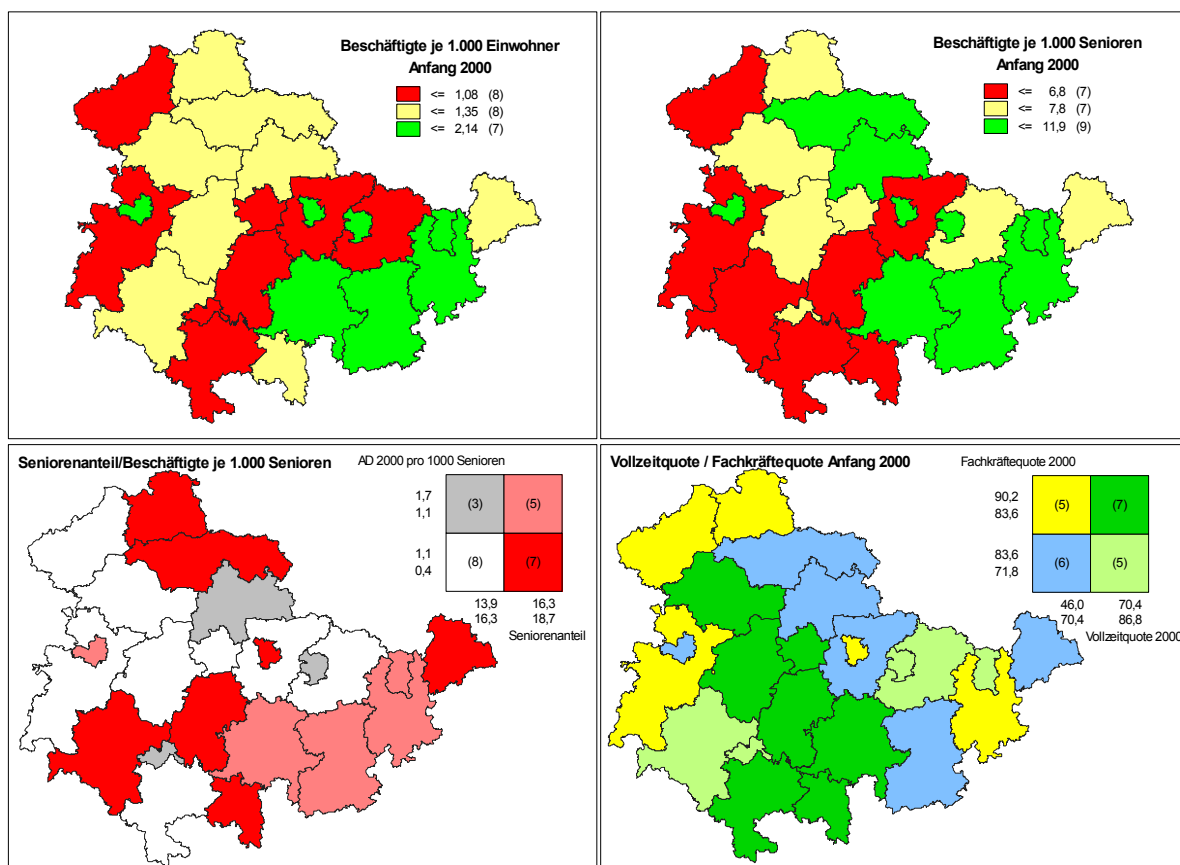
a) Basis = 100% im Jahr 1994/1995



Karte III-13: Beschäftigtenstruktur nach Beschäftigungsumfang in ambulanten Pflegediensten Anfang 2001



Karte III-14: Alle dokumentierten ambulanten Pflegedienste nach Träger der Einrichtung



Karte III-15: Topologische Strukturzusammenhänge ambulanter Pflegedienste 2000

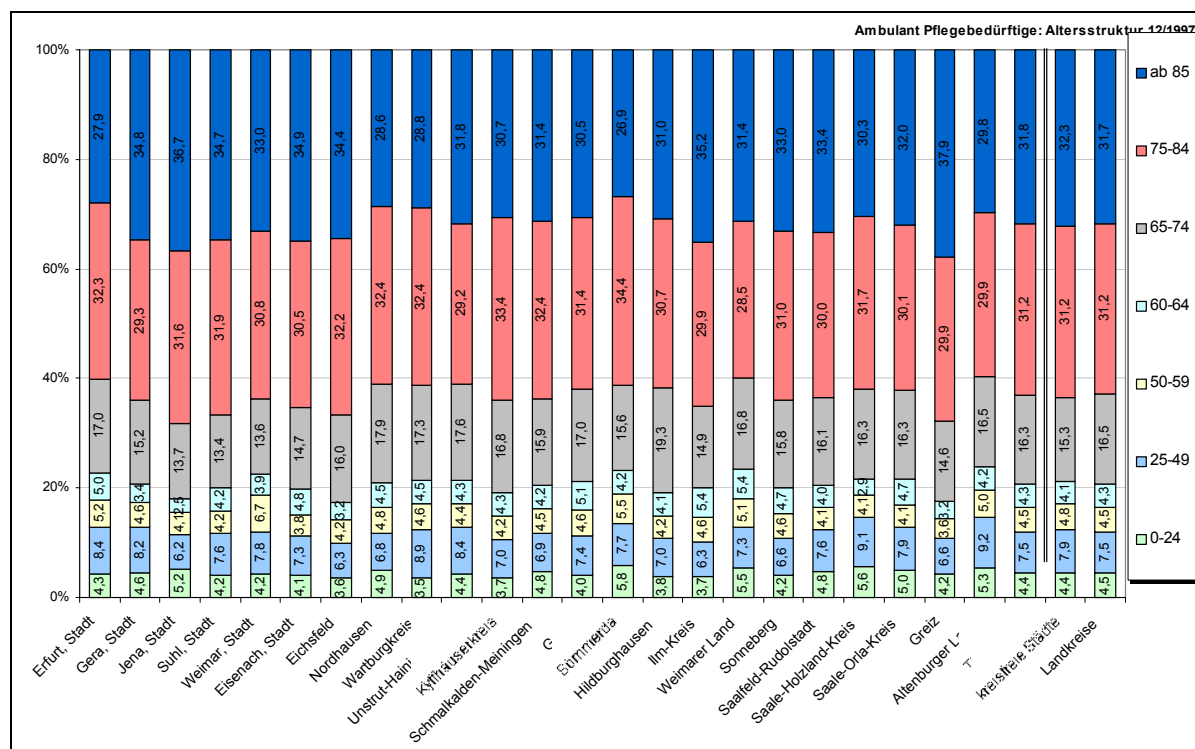


Abb. III-21: Altersstruktur der ambulanten Pflegeleistungsempfänger nach Thüringer Kreisen 1997 (AOK)

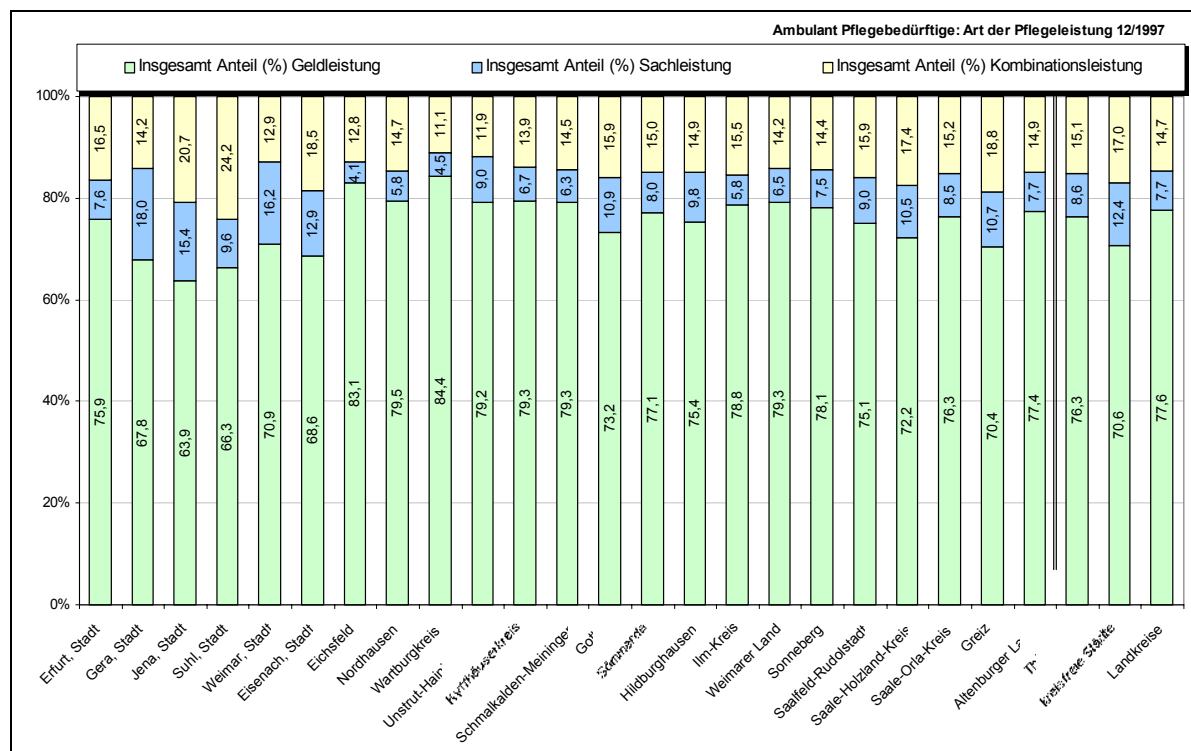


Abb. III-22: Art der ambulanten Pflegeleistungen nach Thüringer Kreisen 1997 (AOK)

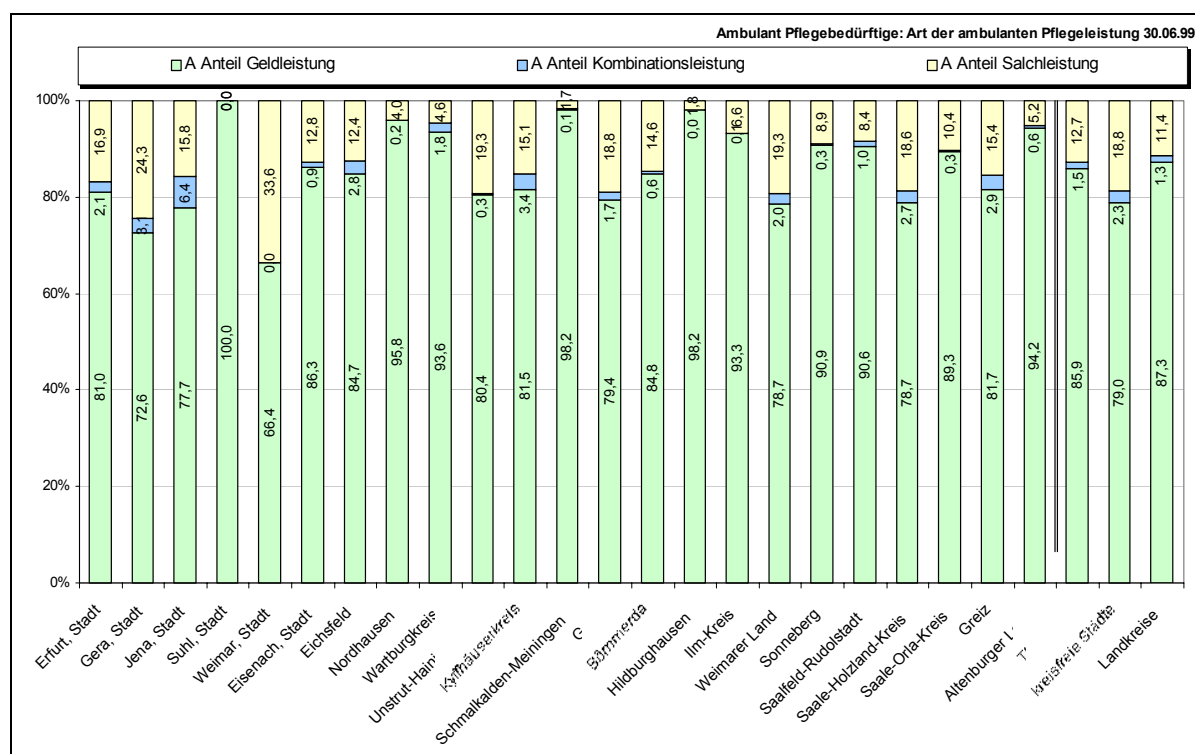


Abb. III-23: Art der ambulanten Pflegeleistung nach Thüringer Kreisen 1999 (AOK)

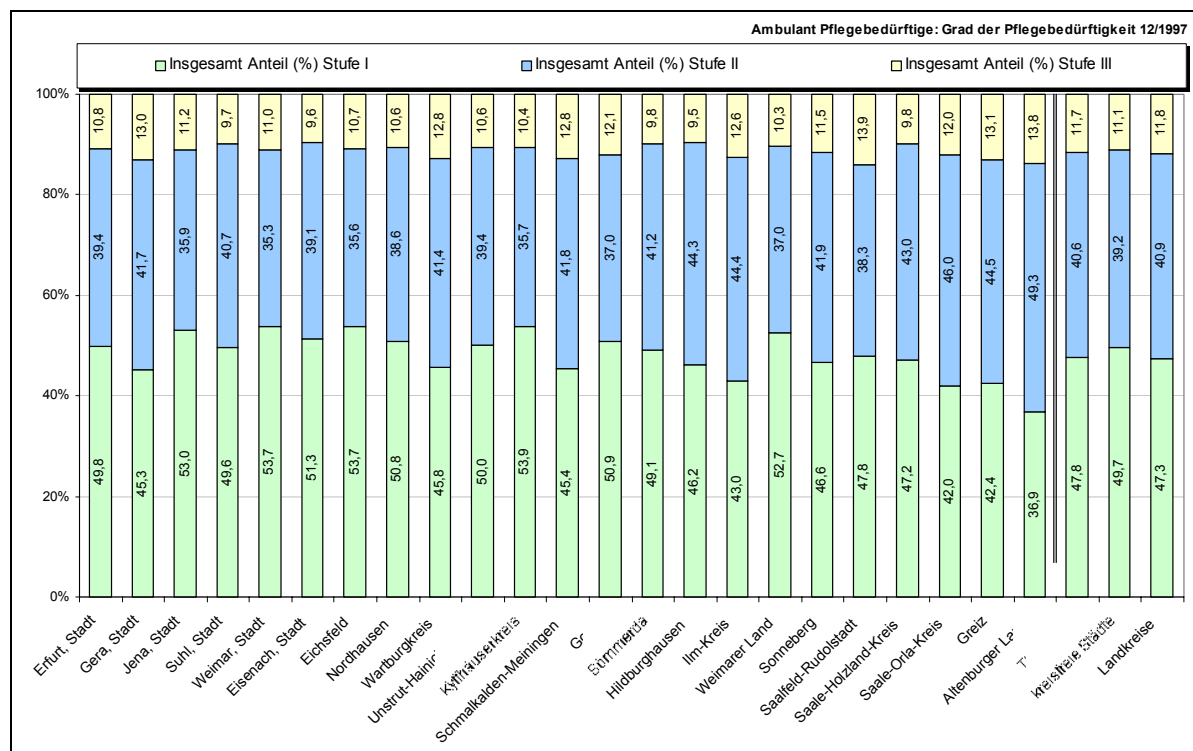


Abb. III-24: Grad der ambulanten Pflegebedürftigkeit nach Thüringer Kreisen 1997 (AOK)

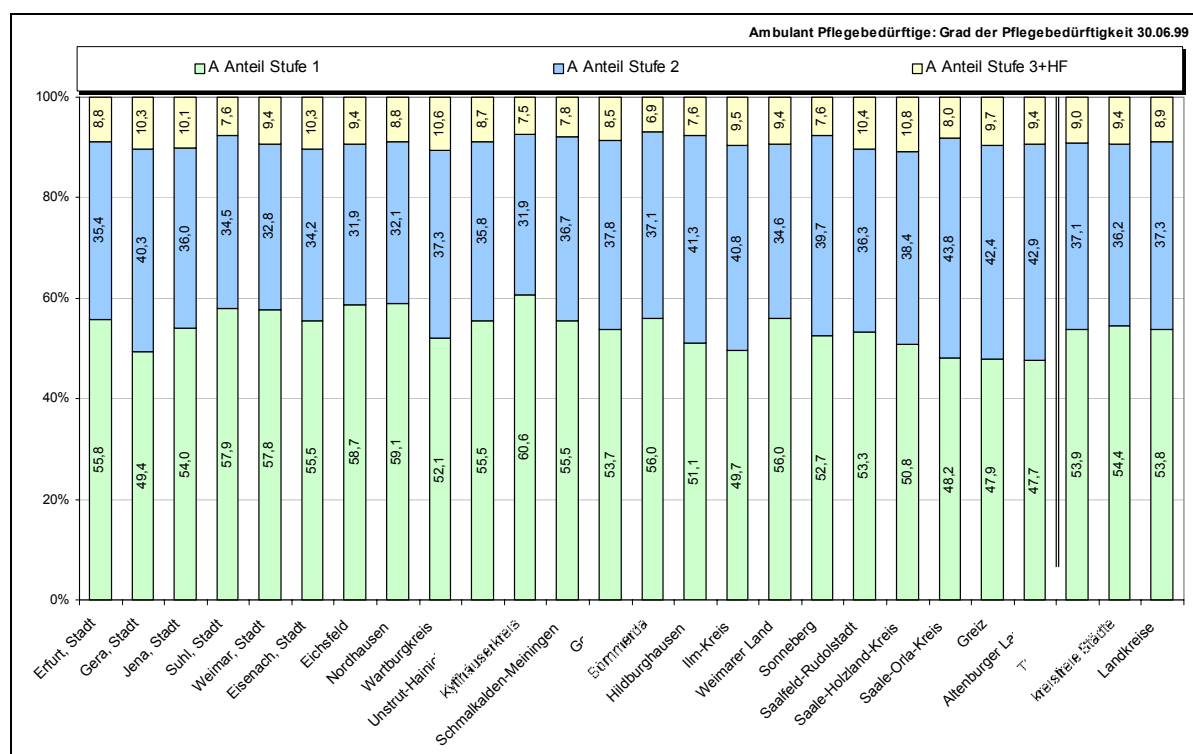


Abb. III-25: Grad der ambulanten Pflegebedürftigkeit nach Thüringer Kreisen 1999 (AOK)

III - 4 Pflegelandschaft Thüringen insgesamt

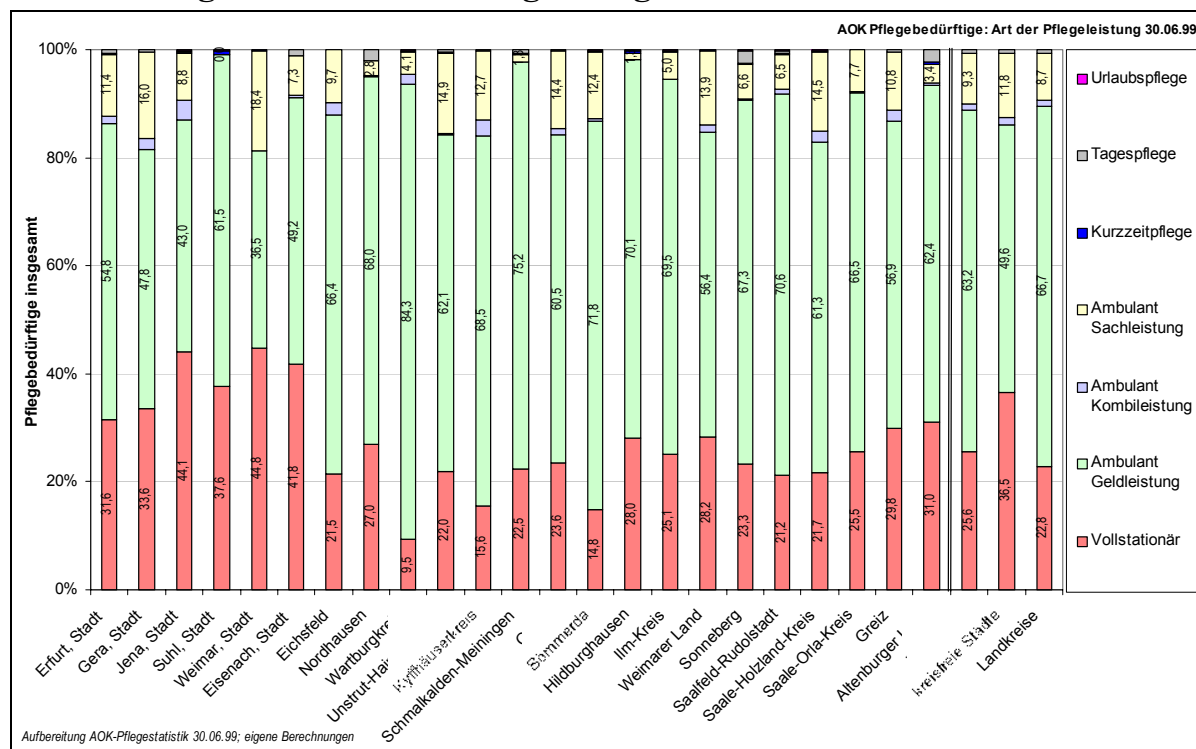


Abb. III-26: Anteil der Pflegeart (ambulant und stationär) nach Thüringer Kreisen 1999 (AOK)

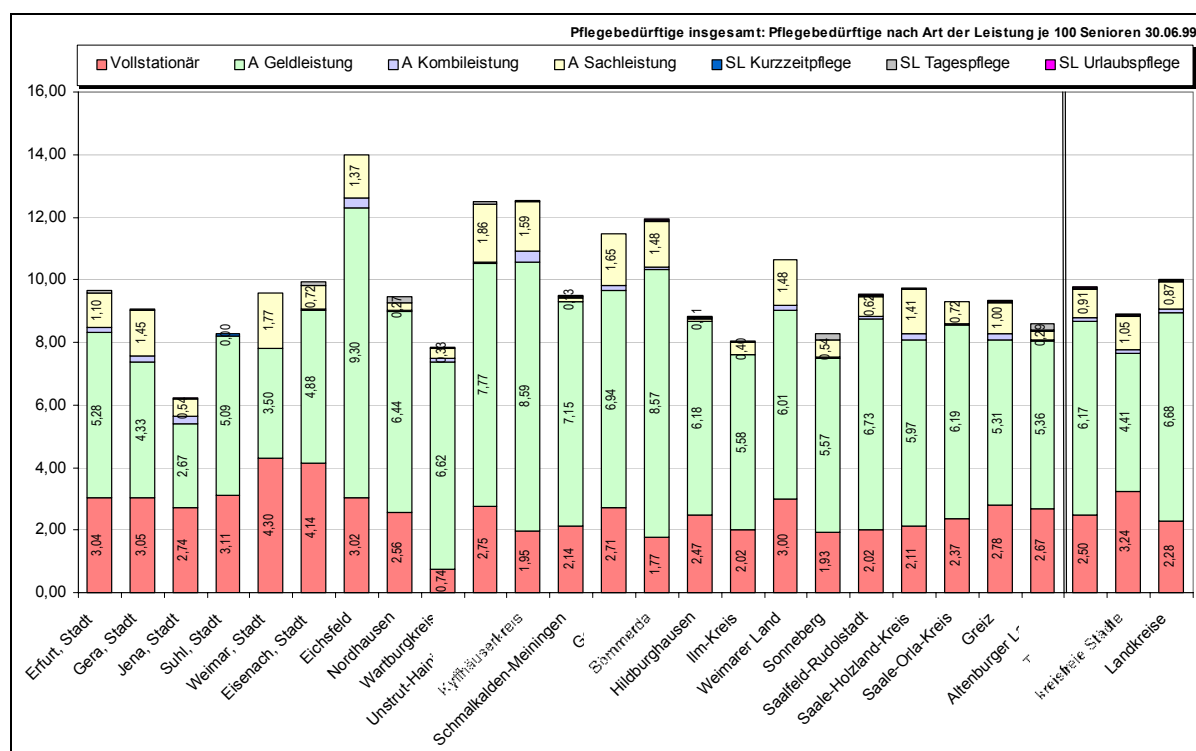


Abb. III-27: Quote der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen je 100 Senioren nach Art der Pflege in den Landkreisen und kreisfreien Städten Thüringens 1999 (AOK)

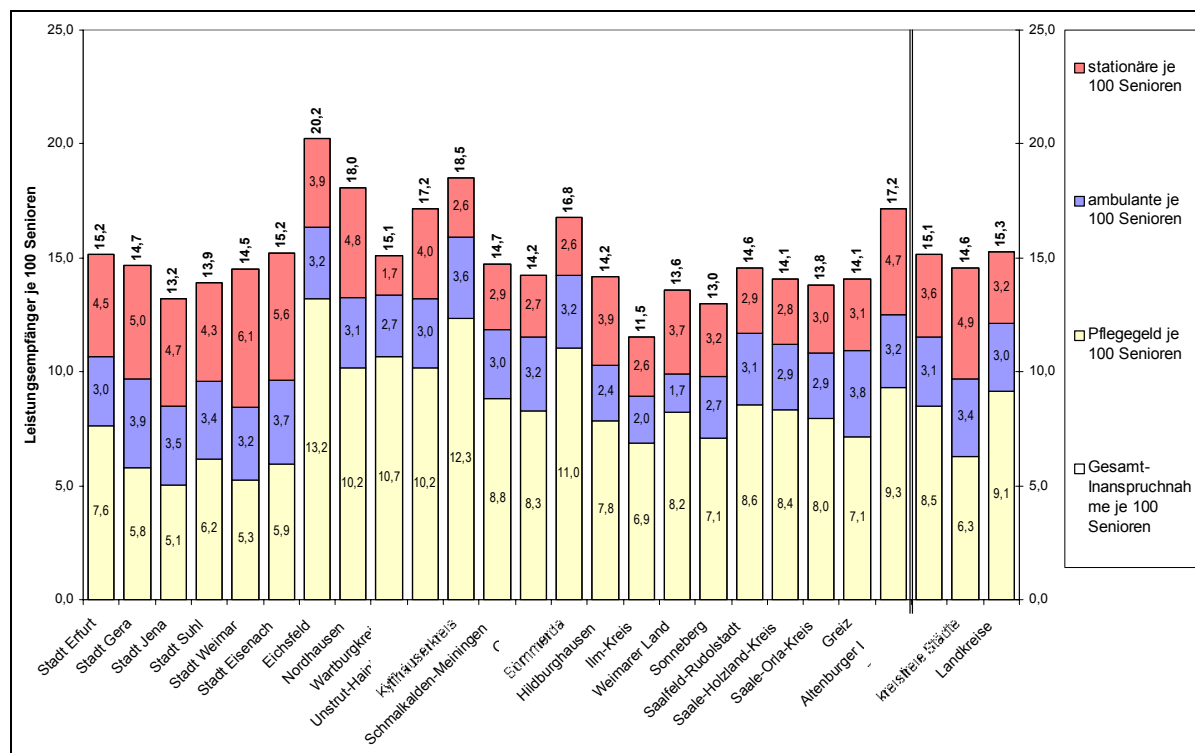


Abb. III-28: Gesamtinanspruchnahme von Pflegeleistungen nach Landkreisen und kreisfreien Städten je 100 Senioren in Thüringen 1999 (PflegeStat)

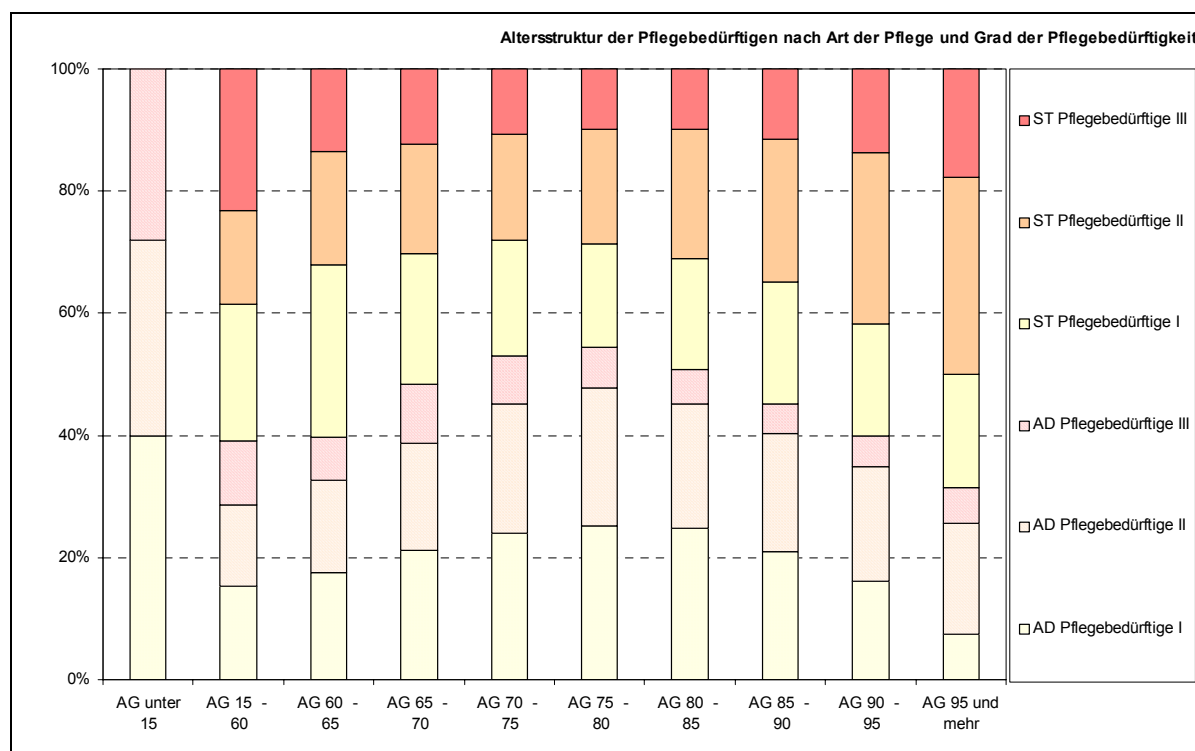
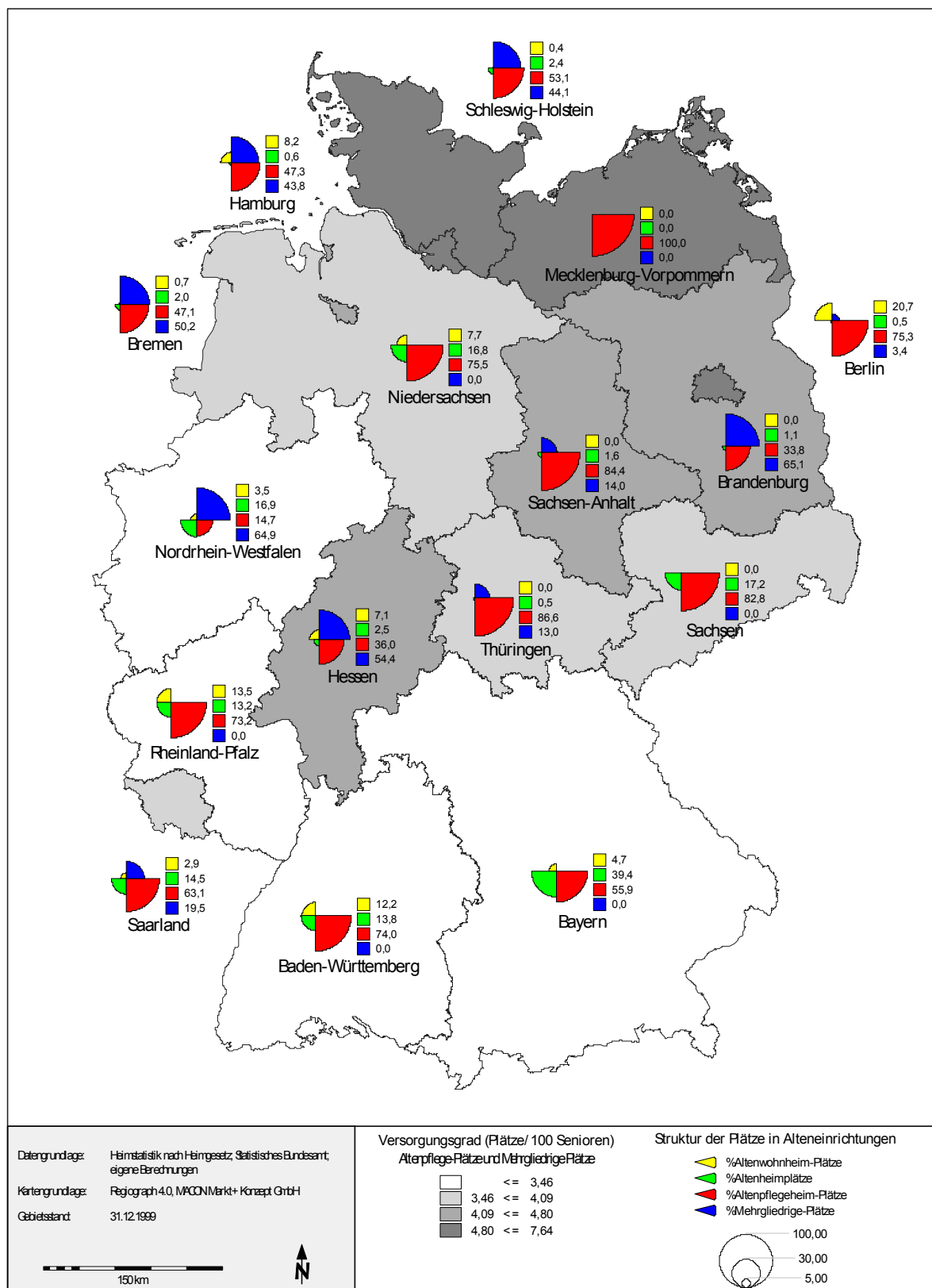


Abb. III-29: Altersstruktur nach Art der Pflege und Grad der Pflegebedürftigkeit mit professioneller Pflege insgesamt in Thüringen 1999 (PflegeStat)

III - 5 Thüringen im Vergleich der Bundesländer

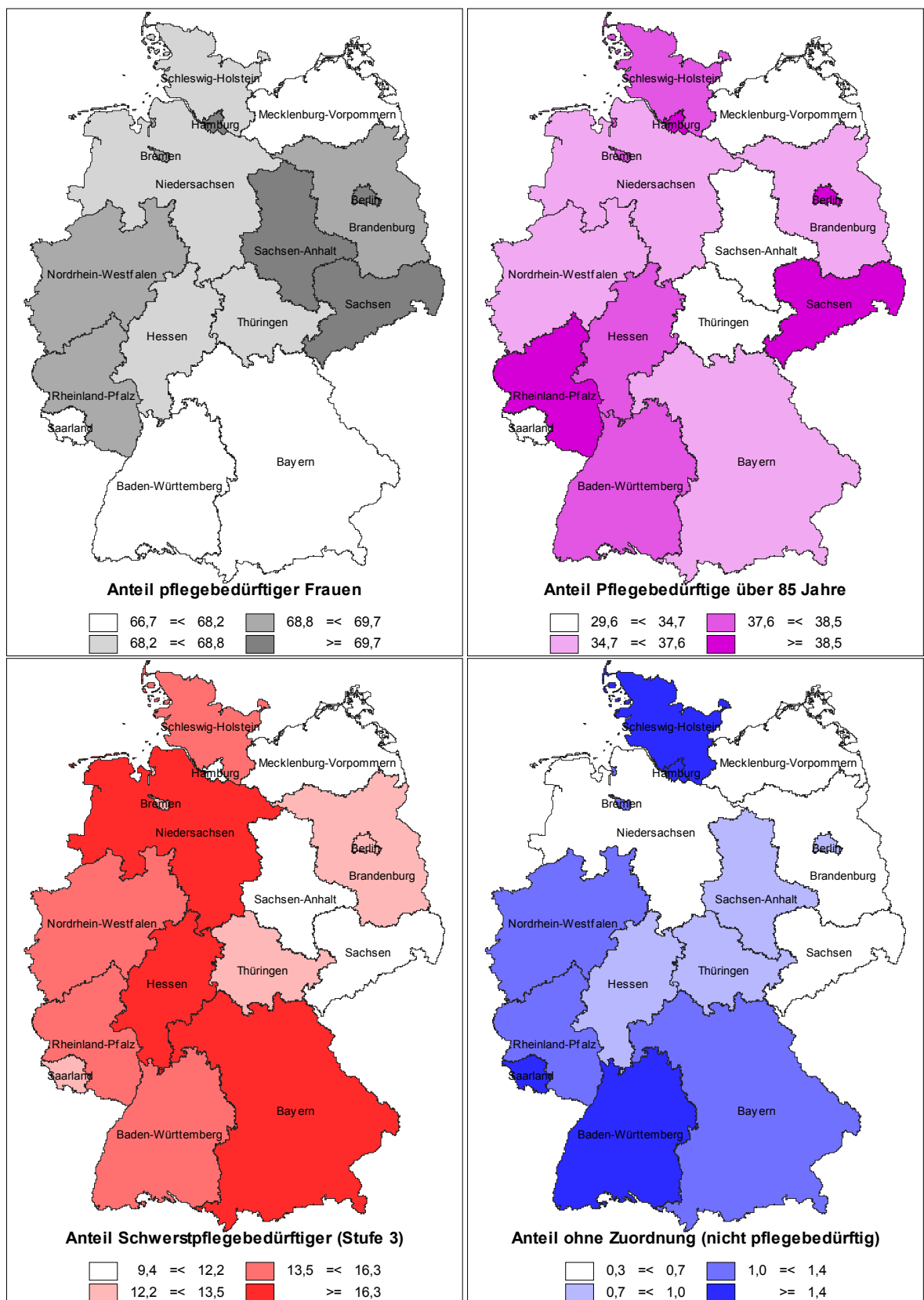
Ein Vergleich der Versorgungssituation einzelner Bundesländer ist angesichts einer unterschiedlichen Systematik nur eingeschränkt möglich. Die gezielte Ausrichtung einiger Bundesländer auf mehrgliedrige Einrichtungen und eine fehlende Unterscheidung in Pflege- bzw. Heimplätze dieser

Einrichtungen durch die Heimstatistik nach HeimG ist für eine vergleichende Untersuchung hinderlich. Die Berechnung des Versorgungsgrads in nachfolgender Abbildung ist entsprechend unscharf, da Plätze in Altenpflegeheimen und mehrgliedrigen Einrichtungen zusammengefasst werden müssen.



Karte III-16: Struktur der Plätze in Alteneinrichtungen und Versorgungsgrad im Bundesvergleich zum 30.06.1997 (Heimstatistik lt. HeimG)

(Quelle: eigene Berechnungen nach Heimstatistik lt. HeimG)



Karte III-17: Bundesvergleich ausgewählter Ergebnisse der amtlichen Pflegestatistik 1999

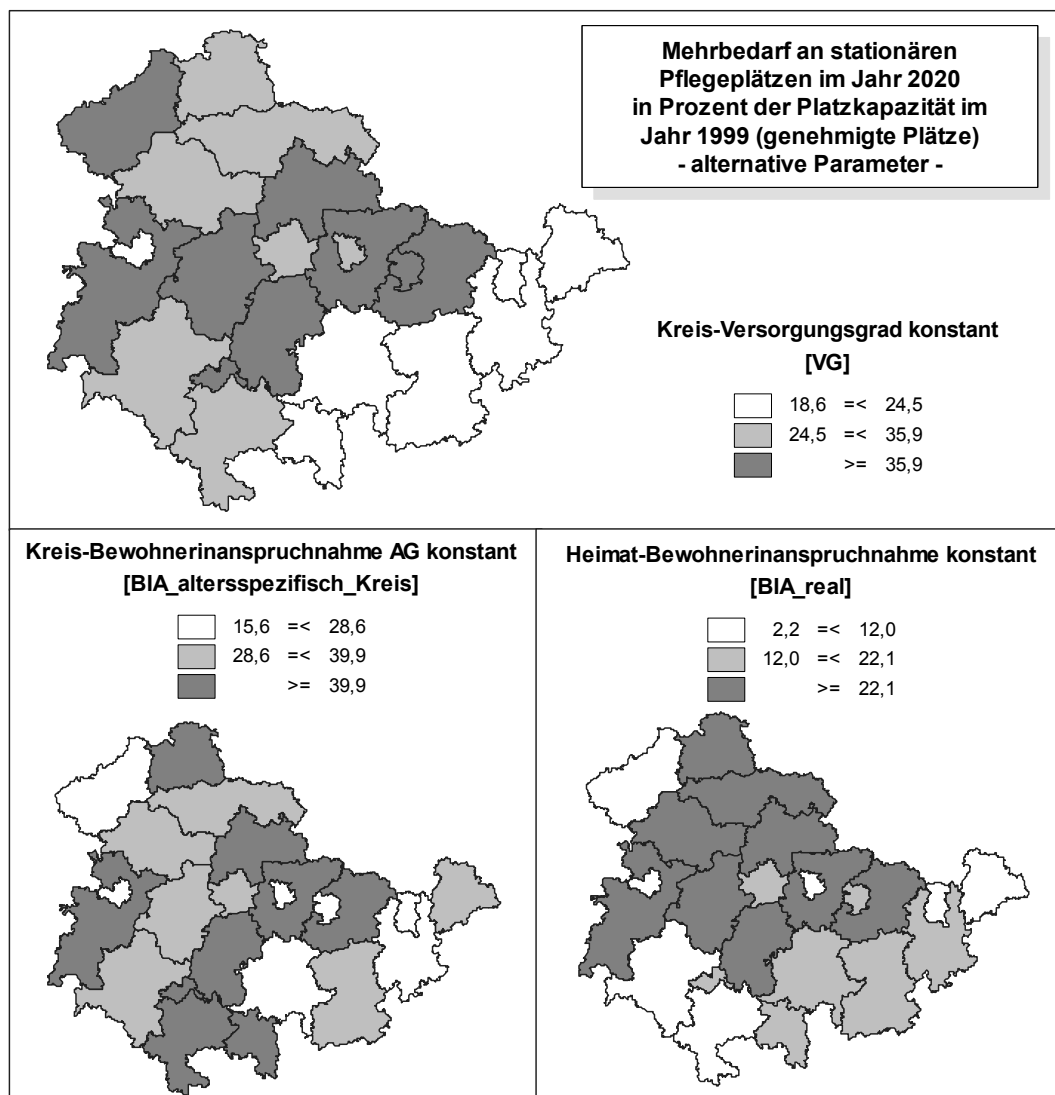
(Quelle: eigene Berechnungen nach STATISTISCHES BUNDESAMT 2001b)

III - 6 Pflegebedarfsprognosen

Tab. III-5: Entwicklung des stationären Pflegeplatzbedarfs in Thüringen 2000 bis 2050

Jahr (jeweils 31.12.)	Prognose des Status Quo (SQ): Versorgungsgrad (VG) und Bewohnerinanspruchnahme (BIA)				Prognose politischer und expertenbegründeter Richtwerte in Varianten (Bedarfsanhaltswerte)			Rechnerischer Mehrbedarf bei konstantem Versorgungsgrad (Status Quo 1999)		Rechnerischer Mehrbedarf bei konstanter altersspezifizierter Bewo- nerinanspruchnahme (Status Quo 1999)	
	SQ1: V-Grad (3,9 Plätze je 100Senioren)	SQ2: BIA (3,8Plätze je 100Senioren)	SQ3: BIA _(SCBX) (3,4 Plätze je 100Senioren)	SQ4: IA _(SCBXI alters.Thu)	Variante I: (3,0 Plätze)	Variante III: (4,0 Plätze)	Variante IV: (altersspezifisch Thu- ringen)	in Plätzen (Bestands- sockel rd. 15 Tsd. Pflegeheimplätze)	in Anzahl neuer Pfl- geeinrichtungen a 80 Plätzen	in Plätzen (Bestands- sockel rd. 15 Tsd. Pflegeheimplätze)	in Anzahl neuer Pfl- geeinrichtungen a 80 Plätzen
2000	15.912	15.504	13.872	13.077	12.240	16.320	16.688	645	8	-2.190	-27
2001	16.318	15.899	14.226	12.910	12.552	16.736	16.460	1.051	13	-2.357	-29
2010	19.223	18.730	16.759	15.453	14.787	19.716	19.405	3.956	49	186	2
2020	20.974	20.436	18.285	18.763	16.134	21.512	23.297	5.707	71	3.496	44
2030	23.806	23.195	20.754	21.608	18.312	24.416	26.602	8.539	107	6.341	79
2050	22.550	21.972	19.659	25.968	17.346	23.128	31.779	7.283	91	10.701	134

eigene Berechnung nach 9. kBV Thüringen (TLS 2000) und Kreise (TLS 2000c)



Karte III-18: Topologie der stationären Pflegeplatzbedarfsentwicklung in den Kreisen Thüringens bis 2020

III - 7 Exploration der Pflegeindikatoren

III - 7.1 Übersicht, Deskription und Exploration [PLI]

Tab. III-6: Gesamter Indikatorenkatalog der Pflegelandschaft Thüringen [PLI-Basis]

Indikatorengruppe / Indikator			Thüringen	kreisfreie Städte	Landkreise	Mittelwert	Standardabweichung	Variationskoeffizient [%]
Bewohner, Einzüge und Auszüge der stationären und teilstationären Pflege								
Bewohner am 30.06.1999	Altersstruktur	PLI001 %BS (VP) AG über 85	45,7	49,8	43,8	44,9	4,3	9,5
		PLI002 %BS (KZP) AG über 85	51,4	53,8	50,4	60,1	29,0	48,2
		PLI003 %BS (TP) AG über 85	34,3	27,1	36,9	23,3	17,2	73,8
	Durchschnittsalter	PLI004 BS (VP) Alter am Stichtag	0,0	0,0	0,0	79,4	1,6	2,0
		PLI005 BS (KZP) Alter am Stichtag	0,0	0,0	0,0	82,8	4,9	5,9
		PLI006 BS (TP) Alter am Stichtag	0,0	0,0	0,0	76,7	5,2	6,8
	Art der Pflege	PLI007 %BS VP	96,4	96,9	96,2	96,4	2,8	2,9
		PLI008 %BS KZP	1,2	1,1	1,2	1,3	1,2	90,6
		PLI009 %BS TP	2,4	2,0	2,6	2,2	2,4	107,8
	Grad der Pflegebedürftigkeit	PLI010 %BS SGB XI	88,0	85,4	89,3	88,4	3,6	4,1
		PLI011 %BS (VP) Pflegestufe 3 (+HF)	21,7	21,0	22,0	21,2	4,1	19,1
		PLI012 %BS (KZP) Pflegestufe 3 (+HF)	15,3	11,5	16,8	14,3	16,1	112,2
		PLI013 %BS (TP) Pflegestufe 3 (+HF)	10,1	12,5	9,2	5,2	7,7	148,0
	Art des Kostenträgers	PLI014 %BS (SGBXI) Selbstzahler	77,7	82,4	75,6	78,0	5,9	7,6
		PLI015 %BS (VP) Selbstzahler	71,7	74,2	70,6	72,4	6,2	8,5
Einzüge im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999	Altersstruktur	PLI016 %ES (VP) AG über 85	46,9	51,2	44,9	46,2	5,7	12,4
		PLI017 %ES (KZP) AG über 85	51,5	53,8	50,6	53,0	6,6	12,5
		PLI018 %ES (TP) AG über 85	35,0	30,2	36,8	27,0	20,1	74,5
	Durchschnittsalter	PLI019 ES (VP) Alter am Stichtag	0,0	0,0	0,0	81,0	2,3	2,9
		PLI020 ES (KZP) Alter am Stichtag	0,0	0,0	0,0	82,4	1,4	1,7
		PLI021 ES (TP) Alter am Stichtag	0,0	0,0	0,0	78,6	2,8	3,6
	Art der Pflege	PLI022 %ES VP	62,1	63,5	61,5	63,6	14,2	22,4
		PLI023 %ES KZP	33,3	32,5	33,6	32,2	15,1	46,7
		PLI024 %ES TP	4,6	4,0	4,9	4,2	3,7	87,8
	Grad der Pflegebedürftigkeit	PLI025 %ES SGB XI	95,1	94,5	95,4	95,5	3,7	3,8
		PLI026 %ES (VP) Pflegestufe 3 (+HF)	19,9	19,5	20,2	19,6	6,5	33,1
		PLI027 %ES (KZP) Pflegestufe 3 (+HF)	16,8	14,5	17,8	16,9	6,6	38,8
		PLI028 %ES (TP) Pflegestufe 3 (+HF)	9,5	9,4	9,6	5,6	8,4	148,0
	Art des Kostenträgers	PLI029 %ES (SGBXI) Selbstzahler	79,5	84,7	77,2	80,4	16,0	19,9
		PLI030 %ES (VP) Selbstzahler	87,2	90,5	85,7	88,7	8,5	9,6
	Art der Einzüge/Herkunft	PLI031 %ES (VP) ausPrivathaushalt	48,4	48,9	48,2	48,5	12,3	25,4
		PLI032 %ES (KZP) ausPrivathaushalt	82,5	82,2	82,7	83,9	11,4	13,6
	Einzugsvolumen (bezogen auf Bewohner am Stichtag)	PLI033 %Einzugsvolumen (VP)	33,1	33,3	33,0	34,0	7,3	21,6
Auszüge im Zeitraum 01.07.1998 bis 30.06.1999	Altersstruktur	PLI034 %AS (VP) AG über 85	57,3	61,0	55,5	57,3	6,2	10,9
		PLI035 %AS (KZP) AG über 85	50,6	51,5	50,2	51,7	8,2	15,8
		PLI036 %AS (TP) AG über 85	46,3	46,3	46,3	31,8	27,4	86,2
	Durchschnittsalter	PLI037 AS (VP) Alter am Stichtag	0,0	0,0	0,0	83,2	1,5	1,8
		PLI038 AS (KZP) Alter am Stichtag	0,0	0,0	0,0	82,1	1,6	1,9
		PLI039 AS (TP) Alter am Stichtag	0,0	0,0	0,0	79,0	4,4	5,5
	Art der Pflege	PLI040 %AS VP	65,2	67,1	64,3	65,9	15,1	22,9
		PLI041 %AS KZP	31,7	30,1	32,5	31,3	15,8	50,4
		PLI042 %AS TP	3,1	2,8	3,2	2,8	2,7	99,8
	Grad der Pflegebedürftigkeit	PLI043 %AS SGB XI	93,5	92,0	94,3	94,4	3,7	3,9
		PLI044 %AS (VP) Pflegestufe 3 (+HF)	32,3	34,5	31,1	32,1	6,5	20,2
		PLI045 %AS (KZP) Pflegestufe 3 (+HF)	16,3	13,8	17,4	16,8	6,0	35,7
		PLI046 %AS (TP) Pflegestufe 3 (+HF)	14,5	7,5	17,5	7,7	12,7	165,8
	Art des Kostenträgers	PLI047 %AS (SGBXI) Selbstzahler	76,8	79,6	75,6	77,1	15,0	19,4
		PLI048 %AS (VP) Selbstzahler	79,4	80,2	79,1	80,8	8,3	10,2
	Art des Auszuges / Vertragsende (alle Bewohner, VP, KZP)	PLI049 %AS (VP) in Einrichtung verstorben	59,3	61,8	58,1	59,2	8,0	13,6
		PLI050 %AS (VP) imKrankenhaus verstorben	26,2	26,0	26,3	27,8	7,3	26,2
		PLI051 %AS (VP) Umzug (andHeim+barrief)	10,0	7,9	11,1	8,8	7,5	86,0
		PLI052 %AS (VP) Rückkehr in Privathaushalt	3,8	3,8	3,8	3,6	2,0	55,2
		PLI053 %AS (KZP) Rückkehr in Privathaush.	87,2	87,9	86,9	86,8	10,8	12,4
	Auszugsvolumen (bezogen auf Bewohner am Stichtag)	PLI054 %Auszugsvolumen (VP)	33,2	35,2	32,2	33,1	6,1	18,3

Indikatorengruppe / Indikator			Thüringen	kreisfreie Städte	Landkreise	Mittelwert	Standardabweichung	Variationskoeffizient [%]
Aufenthaltsdauer (AHD) und regionale Herkunft der stationären Pflege								
Verweildauer in der Einrichtung vom Tag des Einzugs bis Tag des Auszugs in Monaten	Mittlere Aufenthaltsdauer (AHD) in Monaten (VP) insgesamt und unter Einzügen seit Beginn PflegeVG	PLI055_mittlere AHD-Monate (alle)	41,0	41,7	40,6	39,2	8,3	21,1
		PLI056_mittlere AHD-Monate (seitPflegeVG)	8,7	8,2	8,9	8,8	1,1	12,3
	Anteil der Auszüge nach Aufenthaltsdauer (AHD) insgesamt und unter Einzügen seit Beginn PflegeVG (VP)	PLI057_%AHD bis 1 Jahr (alle)	42,7	43,4	42,4	43,7	5,9	13,5
		PLI058_%AHD bis 1 Jahr (seitPflegeVG)	69,0	70,8	68,1	68,7	4,5	6,5
		PLI059_%Auszüge (seitPflegeVG) an Auszügen (alle)	62,0	61,4	62,2	63,6	6,7	10,6
Pflegebedingtes Wandergeschehen (VP) 1999 (Salden: - = Versorgungsabgabe, + = Versorgungsübernahme)	Regionale Herkunft Bewohner [RHB] (VP)	PLI060_%RHB (VP) aus eigenem Kreis	78,2	71,1	81,5	77,5	9,4	12,2
		PLI061_RHB (VP) %Saldo Bewohner(Zuzug-Wegzug)/Gesamtbelegung	0,0	9,4	-4,3	-0,8	11,9	-1462,3
	Regionale Herkunft Einzüge [RHE] (VP)	PLI062_%RHE (VP) aus eigenem Kreis	80,0	73,5	83,0	79,2	9,0	11,4
		PLI063_RHE (VP) %Saldo Einzug(Zuzug-Wegzug)/Gesamteinzug	0,0	11,5	-5,4	-0,8	16,4	-2023,9
	Veränderung der Versorgungsbeziehungen im Vergleich Einzüge zu Bewohnern	PLI064_V-Beziehungen [%Saldo RHE/RHB] (<100%=Rückgang; -=>Trendumkehr)	0,0	122,2	123,3	26,3	424,6	1615,6
		PLI065_V-Eigenversorgungsquote [RHE/RHB eigenerKreis] (>100%=Zunahme)	102,2	103,5	101,8	102,4	5,1	4,9
Stationäre und teilstationäre Pflegeinfrastruktur								
Infrastrukturelle Einbindung / Erreichbarkeit der Einrichtung		PLI066_Index Infrastrukturelle Einbindung				803,1	339,7	42,3
		PLI067_Infrastruktur-Noten-Cluster 1-6				2,7	1,4	50,7
Anteil der baulichen Einrichtungsstruktur nach Merkmalen an der Gesamtstruktur am 30.06.1999	Einrichtungen im Landesinvestitionsprogramm nach Artikel 52 [Fertigstellungen und Projekte] (I-Prog)	PLI068_I-Prog %Anteil	58,3	55,2	59,4	59,0	14,8	25,2
		PLI069_I-Prog %genehmigt lt. HeimG	64,4	61,0	66,0	62,5	20,2	32,3
		PLI070_I-Prog %zukünftig neue DP+KZP-Plä.	78,9	73,7	80,9	79,3	18,1	22,8
		PLI071_I-Prog %Bewohner	63,7	60,2	65,3	61,9	20,4	33,0
		PLI072_N %Anteil	28,3	16,4	32,6	30,1	14,0	46,6
	Neubauten seit 1991 [mit offiziellen Fertigstellungstermin] (N)	PLI073_N %genehmigt lt. HeimG	30,1	12,3	38,4	35,0	18,3	52,3
		PLI074_N %zukünftig neue DP+KZP-Plätze	42,1	22,8	49,6	45,7	19,0	41,6
		PLI075_N %Bewohner	30,7	12,3	39,1	35,7	18,8	52,6
		PLI076_P %Anteil	16,9	19,4	16,0	17,7	7,9	44,4
	Einrichtungen in Plattenbauweise (P)	PLI077_P %genehmigt lt. HeimG	41,7	54,3	35,9	42,0	18,0	43,0
		PLI078_P %zukünftig neue DP+KZP-Plätze	28,4	37,1	25,1	25,7	18,3	71,0
		PLI079_P %Bewohner	40,4	55,0	33,7	40,7	17,5	42,8
	Pflegeeinrichtungen mit Standort in einem Zentralen Ort (ZO)	PLI080_ZO %Anteil	82,7	100,0	76,5	83,2	15,3	18,4
		PLI081_ZO %genehmigt lt. HeimG	87,0	100,0	80,9	87,1	11,6	13,4
		PLI082_ZO %zukünftig neue DP+KZP-Plätze	85,4	100,0	79,8	85,8	13,3	15,5
		PLI083_ZO %Bewohner	86,6	100,0	80,5	86,8	12,2	14,0
Bauliche Einrichtungsstruktur am 30.06.1999 (z = zukünftiger)	Bau: Alle Pflegeeinrichtungen Basis (B)	PLI084_B z-Modernisierungsgrad (DP+KZP/PlätzeHeimG)	82,6	72,7	87,2	84,2	20,4	24,2
		PLI085_B SGBXI-Auslastung	84,7	82,0	86,0	85,6	4,7	5,5
		PLI086_B %SGBXI-Anteil an Bewohner	88,0	85,4	89,3	88,4	3,6	4,1
	Bau: Neubauten seit 1991 [mit offiziellen Fertigstellungstermin] (N)	PLI087_N z-Modernisierungsgrad	115,4	135,0	112,6	131,9	72,5	54,9
		PLI088_N SGBXI-Auslastung	90,7	84,1	91,7	89,5	9,6	10,8
		PLI089_N %SGBXI-Anteil an Bewohner	91,0	86,1	91,7	90,0	7,6	8,4
	Bau: Einrichtungen in Plattenbauweise (P)	PLI090_P z-Modernisierungsgrad	56,3	49,6	60,9	51,0	36,4	71,3
		PLI091_P SGBXI-Auslastung	81,9	84,0	80,5	76,0	25,2	33,2
		PLI092_P %SGBXI-Anteil an Bewohner	86,5	86,3	86,7	83,5	18,7	22,4
	Bau: Pflegeeinrichtungen mit Standort in einem Zentralen Ort (ZO)	PLI093_ZO z-Modernisierungsgrad	81,2	72,7	86,0	83,1	21,4	25,7
		PLI094_ZO SGBXI-Auslastung	84,3	82,0	85,6	85,3	5,4	6,3
		PLI095_ZO %SGBXI-Anteil an Bewohner	87,7	85,4	89,0	88,3	3,7	4,2
Zimmerstruktur und -qualität am 30.06.1999	Zimmer: Alle Pflegeeinrichtungen Basis (B)	PLI096_B Einzelzimmeranteil				61,7	10,3	16,7
		PLI097_B %Zimmer gemäß ThürAGPflegeVG-DVO (Größe)				44,4	13,2	29,7
		PLI098_B %Zimmer mit Naßzelle und besser				50,2	19,8	39,4
		PLI099_B Bewohner pro Zimmer99	1,3	1,3	1,3	1,4	0,2	11,8
	Zimmer: Neubauten seit 1991 [mit offiziellen Fertigstellungstermin] (N)	PLI100_N Einzelzimmeranteil				66,3	12,5	18,9
		PLI101_N %Zimmer gemäß ThürAGPflegeVG-DVO (Größe)				68,0	25,8	38,0
		PLI102_N %Zimmer mit Naßzelle und besser				86,8	17,3	19,9
		PLI103_N Bewohner pro Zimmer99	1,4	1,2	1,4	1,3	0,3	20,0
	Zimmer: Einrichtungen in Plattenbauweise (P)	PLI104_P Einzelzimmeranteil				59,1	21,8	36,8
		PLI105_P %Zimmer gemäß ThürAGPflegeVG-DVO (Größe)				30,9	23,7	76,8
		PLI106_P %Zimmer mit Naßzelle und besser				36,9	34,2	92,5
		PLI107_P Bewohner pro Zimmer99	1,3	1,3	1,2	1,4	0,4	30,3
		PLI108_ZO Einzelzimmeranteil				62,1	11,3	18,2

Indikatorengruppe / Indikator			Thüringen	kreisfreie Städte	Landkreise	Mittelwert	Standardabweichung	Variationskoeffizient [%]
Zimmer: Pflegeeinrichtungen mit Standort in einem Zentralen Ort (ZO)	PLI109_ZO %Zimmer gemäß ThürAG PflegeVG-DVO (Größe)					45,1	14,1	31,3
	PLI110_ZO %Zimmer mit Naßzelle und besser					52,3	20,6	39,4
	PLI111_ZO Bewohner pro Zimmer	99	1,3	1,3	1,3	1,4	0,2	14,1
Versorgungsgrad und Inanspruchnahme teilstationärer und stationärer Pflegeeinrichtungen								
Versorgungsgrad (VG)	klassischer Versorgungsgrad [Plätze je 100 Senioren]	PLI112_VG Plätze genehmigt lt. HeimG/100 Senioren	3,8	5,4	3,4	3,9	1,1	28,1
		PLI113_VG Gesamt Versorgungsgrad (inkl. Plätzen außerhalb LPP)	4,1	5,6	3,6	4,1	1,1	27,4
Quote der Bewohner-Inanspruchnahme 1999 (Basis: Bewohner am 30.06.1999 je 100 Einwohner am 31.12.1999)	Bewohner Inanspruchnahme allgemein [je 100 Senioren] (BIA)	PLI114_BIA Bewohner/100 Senioren	3,8	5,3	3,4	3,9	1,1	28,7
		PLI115_BIA Bewohner(SGBXI)/100 Senioren	3,3	4,5	3,0	3,4	1,0	28,3
		PLI116_BIA Bewohner(VP)/100 Senioren	3,7	5,1	3,2	3,8	1,1	28,9
		PLI117_BIA Bewohner(KZP)/100 Senioren	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	87,8
		PLI118_BIA Bewohner(TP)/100 Senioren	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	118,0
		PLI119_BIA Bewohner(VP) AG<65	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	32,2
	Bewohner (VP) Inanspruchnahme nach Altersgruppen [je 100 EW der AG] (BIA - VP - AG)	PLI120_BIA Bewohner(VP) AG65-75	0,8	0,9	0,8	0,8	0,2	22,4
		PLI121_BIA Bewohner(VP) AG75-85	3,4	4,7	3,0	3,5	1,0	27,8
		PLI122_BIA Bewohner(VP) AG>=85	15,9	21,5	13,9	15,9	4,4	27,4
		PLI123_EIA Einzüge/100 Senioren	1,9	2,7	1,7	2,1	0,7	36,1
		PLI124_EIA Einzüge(SGBXI)/100 Senioren	1,9	2,5	1,7	2,0	0,7	36,3
		PLI125_EIA Einzüge(VP)/100 Senioren	1,2	1,7	1,1	1,3	0,4	33,0
Quote der Einzugs-Inanspruchnahme 1998/99 (Basis: Einzüge 01.07.1998 - 30.06.1999 je 100 Einwohner am 31.12.1999)	Einzugs-Inanspruchnahme allgemein [Einzüge je 100 Senioren] (EIA)	PLI126_EIA Einzüge(KZP)/100 Senioren	0,6	0,9	0,6	0,7	0,6	77,0
		PLI127_EIA Einzüge(TP)/100 Senioren	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	98,4
		PLI128_EIA Einzüge(VP) AG<65	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	84,7
		PLI129_EIA Einzüge(VP) AG65-75	0,2	0,3	0,2	0,3	0,1	37,3
		PLI130_EIA Einzüge(VP) AG75-85	1,3	1,7	1,2	1,4	0,4	27,5
	Einzugs-Inanspruchnahme nach Altersgruppen [Einzüge AG je 100 EW der AG] (EIA - VP - AG)	PLI131_EIA Einzüge(VP) AG>=85	5,4	7,4	4,7	5,5	1,9	33,6
		PLI132_EIA Einzüge(KZP) AG<65	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	105,1
		PLI133_EIA Einzüge(KZP) AG65-75	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	84,5
		PLI134_EIA Einzüge(KZP) AG75-85	0,7	0,9	0,6	0,8	0,7	90,0
		PLI135_EIA Einzüge(KZP) AG>=85	3,2	4,0	2,9	3,5	2,4	69,5
	Inanspruchnahme unter Berücksichtigung pflegebedingter Wanderungen (Zu+Fortzüge aus dem Kreis + keine Angaben) (VP)	PLI136_Reale IA HeimatBewohner(VP)/100 Senioren	3,4	4,3	3,1	3,4	0,8	22,5
		PLI137_Reale IA HeimatEinzüge(VP)/100 Senioren	1,1	1,4	1,0	1,1	0,3	22,8
Pflegelandschaft insgesamt								
Zusammenfassende Pflegelandschaft gemäß amtlicher Pflegestatistik 1999 und verifizierter AOK-Urdaten zu Leistungsempfängern 1997	Stationäre Kapazität	PLI138_Anteil Umfrage 4-LPP an PflegeStat	92,4	91,7	92,7	92,7	4,8	5,2
		PLI139_PStat99 Auslastungsgrad VP Kapazität	88,9	88,7	89,0	89,7	4,8	5,3
		PLI140_PStat99 ST durchschnittliche Kapazität je PE	73,0	85,6	68,4	74,4	20,4	27,3
	Stationärer und teilstationärer Versorgungsgrad	PLI141_PStat99 V-Grad vollstationäre Platzkapazität / 100 Senioren	3,8	5,3	3,4	3,9	1,1	28,3
		PLI142_PStat99 V-Grad KZP+TP Platzkapazität / 100 Senioren	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	82,3
	Grad der Pflegebedürftigkeit	PLI143_PStat99 %AD Pflegestufe 3	13,6	12,6	13,9	13,3	2,3	17,2
		PLI144_PStat99 %ST Pflegestufe 3	25,3	26,3	24,8	24,9	4,4	17,7
		PLI145_PStat99 %ST an professioneller Pflege Pflegestufe 3	65,7	72,5	63,0	65,0	10,1	15,5
		PLI146_Entwicklung Pflegestufe3 ambulante Pflege 1997-99	116,7	113,1	118,5	118,2	21,4	18,1
	Art der Pflegeleistung	PLI147_PStat99 %Pflegegeld	56,1	43,1	59,8	54,8	9,4	17,2
		PLI148_PStat99 %ambulante Pflege	20,2	23,2	19,4	20,4	3,6	17,5
		PLI149_PStat99 %stationäre Pflege	23,6	33,6	20,9	24,8	7,4	30,0
		PLI150_Entwicklung %Pflegegeld (private Pflege) 1997-99	96,4	92,1	97,4	96,1	4,2	4,3
		PLI151_Entwicklung %Pflegesachleistung (ambulante Pflege) 1997-99	111,6	119,0	109,1	111,6	11,7	10,5
		PLI152_PStat99 Anteil professioneller Pflege [AD+ST]	43,9	56,9	40,2	45,2	9,4	20,9
		PLI153_PStat99 Anteil ST an professioneller Pflege	53,9	59,1	51,8	54,0	7,5	13,8

Indikatorengruppe / Indikator		Thüringen	kreisfreie Städte	Landkreise	Mittelwert	Standardabweichung	Variationskoeffizient [%]
Inanspruchnahme der ambulanten Pflegegeld- und Pflege-sachleistung (nichtstationäre Pflege), stationären Pflege und Gesamtpflegebedürftigkeit	PLI154_PStat99 IA häusliche Pflegebedürftige [Pflegegeld ohne Kombi] / 100 Senioren	8,5	6,3	9,1	8,3	2,1	25,4
	PLI155_PStat99 IA ambulante Pflegebedürftige [Sachleistung] / 100 Senioren	3,1	3,4	3,0	3,1	0,5	16,8
	PLI156_PStat99 IA nichtstationärer Pflege (100 Senioren)	11,5	9,7	12,1	11,4	2,1	18,7
	PLI157_Entwicklung IA Pflegegeld (private Pflege) 1997-99	116,9	144,7	107,7	121,9	36,8	30,2
	PLI158_Entwicklung IA Pflegesachleistung (ambulante Pflege) 1997-99	185,5	169,1	192,9	188,3	28,7	15,2
	PLI159_Entwicklung IA nicht stationärer Pflege 1997-99	120,6	123,7	120,0	120,6	16,8	13,9
	PLI160_PStat99 IA stationäre Pflegebedürftige [VP] / 100 Senioren	3,6	4,9	3,2	3,7	1,1	29,3
	PLI161_PStat99 IA Pflegebedürftige professionelle Pflege [AD+ST] / 100 Senioren	6,6	8,3	6,2	6,8	1,3	19,9
	PLI162_PStat99 IA Gesamt Pflegebedürftige / 100 Senioren	15,1	14,6	15,3	15,1	2,0	13,0
	PLI163_PStat99 %AD Beschäftigungsumfang von über 75%	47,3	49,6	46,5	47,3	9,2	19,5
Beschäftigtenstruktur der Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen	PLI164_PStat99 %ST Beschäftigungsumfang von über 75%	86,3	86,6	86,2	85,9	7,7	9,0
	PLI165_PStat99 ambulant Pflegebedürftige [Sachleistung] je Beschäftigten AD	2,6	2,4	2,6	2,6	0,4	13,9
	PLI166_PStat99 stationäre Pflegebedürftige [VP] je Beschäftigten [VP]	1,6	1,7	1,6	1,6	0,1	9,4
	PLI167_PStat99 AD Beschäftigte / 1000 EW	1,9	2,2	1,9	2,0	0,5	26,1
Beschäftigte je 1000 EW	PLI168_PStat99 ST Beschäftigte / 1000 EW	3,7	4,6	3,4	3,8	1,2	31,3

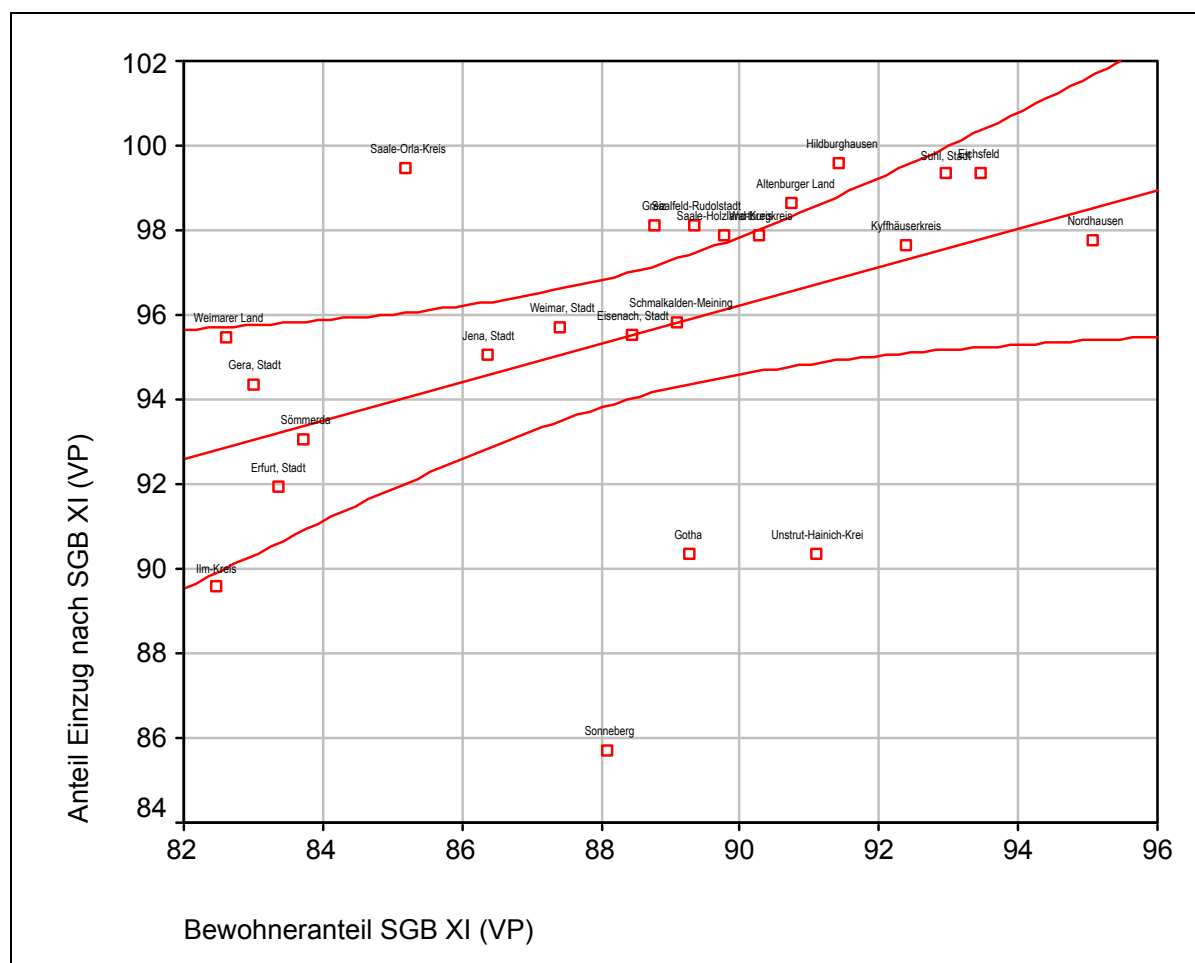


Abb. III-30: Anteil Pflegebedürftiger (SGB XI) an Bewohnern und Einzügen der vollstationären Dauerpflege nach Landkreisen und kreisfreien Städten Thüringens

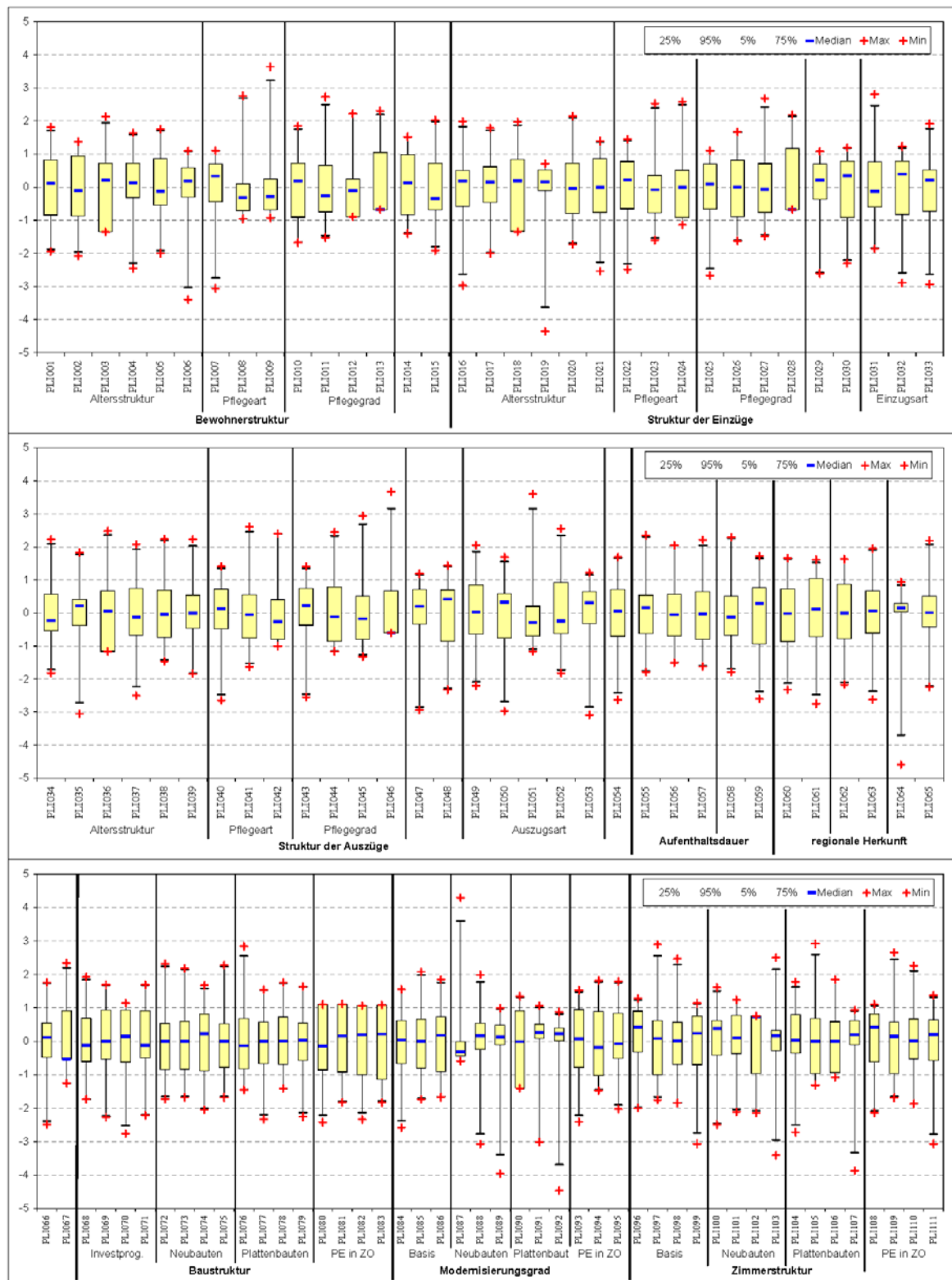


Abb. III-31: Explorative Box&Whisker-Analyse der Pflegelandschaftsindikatoren [PLI-Basis] – Teil 1

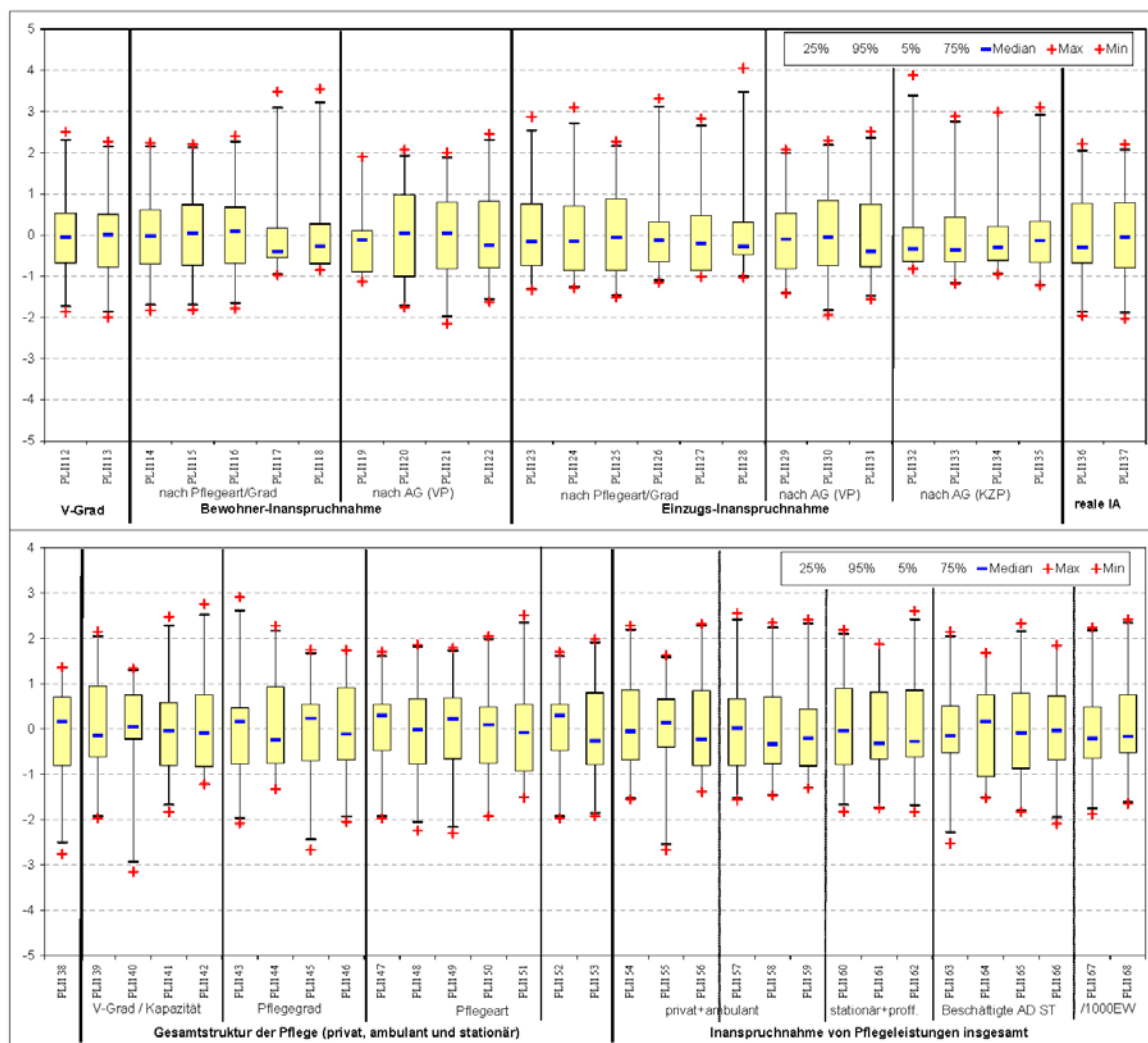


Abb. III-32: Explorative Box&Whisker-Analyse der Pflegelandschaftsindikatoren [PLI-Basis] – Teil 2

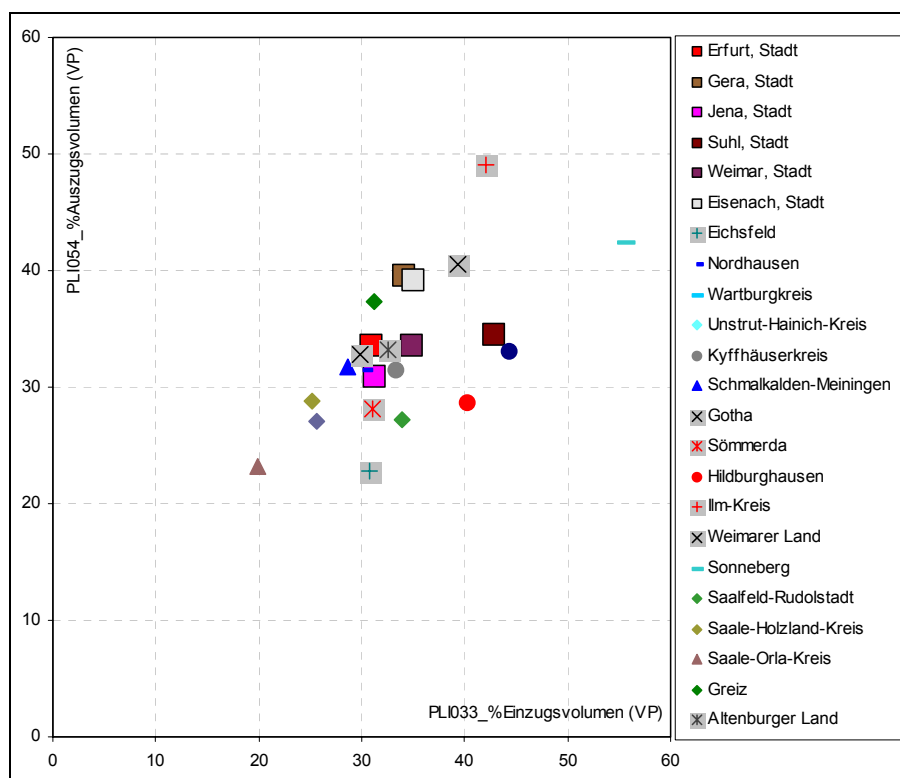


Abb. III-33: Einzugs- und Auszugsvolumen der Kreise 1999

Tab. III-7: Dimensionsreduzierende Faktorenanalyse der Pflegebedürftigenstruktur Teil 1

Faktor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Kommunalität	Auswahl / Erklärungsgehalt
Beschreibung	Pflegeart VP KZP	TP-Struktur	VP-Alter BS ES	KZP-Alter ES AS	KZP-Alter BS ES	Pflegegrad KZP VP	TP-Alter	Kostenträger	SGB XI	Alter AS		
z_PLI022_%ES VP	1,0	-0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	höchster
z_PLI023_%ES KZP	-1,0	-0,1	0,0	-0,2	0,0	-0,1	-0,1	0,0	0,0	0,0	1,0	höchster
z_PLI040_%AS VP	0,9	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,0	1,0	
z_PLI041_%AS KZP	-0,9	-0,2	-0,1	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	1,0	
z_PLI047_%AS (SGBXI) Selbstzahler	0,7	-0,1	0,0	0,2	0,3	0,1	0,3	0,0	0,0	0,2	0,8	
z_PLI008_%BS KZP	-0,7	0,1	0,1	-0,3	-0,2	-0,2	-0,1	0,3	0,0	-0,3	0,9	
z_PLI029_%ES (SGBXI) Selbstzahler	0,7	-0,1	0,2	0,2	0,3	-0,1	0,2	-0,1	0,0	0,4	0,8	
z_PLI030_%ES (VP) Selbstzahler	-0,4	-0,1	0,3	-0,2	0,3	-0,2	-0,1	0,3	0,1	0,3	0,6	solitär
z_PLI042_%AS TP	0,2	0,9	-0,1	0,0	-0,2	0,1	0,1	-0,2	0,1	-0,1	0,9	
z_PLI024_%ES TP	-0,2	0,9	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,3	-0,1	0,0	0,0	0,9	höchster
z_PLI009_%BS TP	-0,1	0,9	-0,2	0,0	-0,1	0,0	0,3	0,1	0,0	0,2	1,0	
z_PLI007_%BS VP	0,4	-0,8	0,1	0,1	0,2	0,1	-0,2	-0,2	0,0	0,0	1,0	höchster
z_PLI013_%BS (TP) Pflegestufe 3	0,2	0,7	0,3	-0,1	0,2	0,2	-0,1	-0,1	0,0	-0,3	0,8	
z_PLI028_%ES (TP) Pflegestufe 3	-0,2	0,7	0,1	-0,1	-0,1	0,1	-0,4	0,0	0,0	-0,3	0,8	
z_PLI048_%AS (VP) Selbstzahler	-0,1	-0,6	0,0	-0,1	0,2	0,1	0,1	0,6	0,1	-0,1	0,8	
z_PLI039_%AS (TP) Alter am Stichtag	0,2	0,1	0,0	0,4	-0,3	0,3	0,3	-0,2	-0,3	-0,3	0,6	
z_PLI018_%ES (TP) AG über 85	0,3	0,2	0,1	0,0	-0,4	-0,1	0,4	-0,5	-0,3	0,2	0,8	
z_PLI036_%AS (TP) AG über 85	0,3	0,3	-0,1	0,0	-0,5	0,0	0,2	-0,5	-0,3	0,1	0,8	
z_PLI046_%AS (TP) Pflegestufe 3	-0,1	0,6	0,1	-0,2	-0,2	0,1	-0,4	-0,3	0,1	-0,2	0,7	
z_PLI019_%ES (VP) Alter am Stichtag	-0,1	-0,1	0,8	-0,1	-0,1	0,2	0,1	0,0	-0,1	0,0	0,7	höchster
z_PLI004_%BS (VP) Alter am Stichtag	-0,2	0,3	0,8	0,1	0,0	-0,2	0,2	0,0	-0,1	0,3	0,9	höchster
z_PLI016_%ES (VP) AG über 85	0,1	-0,2	0,8	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	-0,3	0,2	0,8	
z_PLI001_%BS (VP) AG über 85	0,2	0,1	0,7	0,2	0,0	0,1	0,3	0,3	-0,1	0,1	0,9	
z_PLI017_%ES (KZP) AG über 85	0,3	-0,1	0,0	0,8	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,9	
z_PLI038_%AS (KZP) Alter am Stichtag	0,1	-0,1	0,1	0,8	0,0	0,0	-0,1	0,1	-0,1	0,3	0,8	
z_PLI020_%ES (KZP) Alter am Stichtag	0,3	0,0	0,0	0,8	0,2	-0,1	-0,1	0,1	-0,2	0,2	0,9	hoher
z_PLI035_%AS (KZP) AG über 85	0,2	0,0	0,0	0,8	0,0	-0,2	0,2	-0,1	0,2	-0,2	0,9	
z_PLI002_%BS (KZP) AG über 85	0,3	0,0	0,0	0,1	0,8	0,0	0,2	0,1	0,2	0,2	1,0	
z_PLI005_%BS (KZP) Alter am Stichtag	0,1	-0,2	-0,1	0,2	0,8	0,1	0,1	-0,1	0,2	0,1	0,8	
z_PLI012_%BS (KZP) Pflegestufe	-0,1	0,1	0,1	0,0	-0,5	0,1	0,1	-0,1	0,3	0,3	0,5	
z_PLI027_%ES (KZP) Pflegestufe	0,0	0,1	0,2	-0,3	-0,3	0,8	0,1	-0,2	0,1	0,1	0,9	hoher
z_PLI045_%AS (KZP) Pflegestufe	0,1	0,0	0,1	-0,2	-0,3	0,8	0,4	-0,1	0,1	-0,1	0,9	
z_PLI026_%ES (VP) Pflegestufe	0,2	0,0	-0,3	0,1	0,3	0,7	0,0	-0,1	0,2	0,3	0,9	höchster
z_PLI044_%AS (VP) Pflegestufe 3	0,1	0,0	0,1	-0,1	0,4	0,7	-0,2	0,0	0,2	0,1	0,8	
z_PLI011_%BS (VP) Pflegestufe	0,2	0,2	0,0	0,1	0,2	0,6	0,1	0,0	0,5	-0,1	0,8	solitär
z_PLI021_%ES (TP) Alter am Stichtag	0,3	-0,1	0,2	0,0	-0,1	0,1	0,8	-0,3	0,1	0,0	0,9	höchster
z_PLI006_%BS (TP) Alter am Stichtag	0,0	0,2	0,2	0,0	0,3	0,1	0,7	0,0	0,1	0,0	0,7	
z_PLI003_%BS (TP) AG über 85	0,1	0,5	0,2	0,1	0,0	0,0	0,7	-0,1	-0,1	-0,1	0,8	
z_PLI015_%BS (VP) Selbstzahler	-0,2	0,1	0,1	0,1	-0,1	-0,1	-0,1	0,9	0,1	0,0	0,9	höchster
z_PLI014_%BS (SGBXI) Selbstzahler	-0,1	-0,3	0,2	0,1	0,1	-0,2	-0,1	0,8	-0,1	0,1	0,9	
z_PLI043_%AS SGB XI	-0,1	-0,1	-0,2	0,0	0,1	0,2	-0,1	0,1	0,9	0,1	1,0	
z_PLI025_%ES SGB XI	0,0	0,0	-0,1	-0,1	0,4	0,2	0,1	0,0	0,8	0,0	0,9	höchster
z_PLI010_%BS SGB XI	0,0	0,2	-0,4	-0,1	-0,2	0,0	0,0	0,1	0,6	0,0	0,6	solitär
z_PLI037_%AS (VP) Alter am Stichtag	0,1	-0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	-0,1	0,0	0,1	0,8	0,9	höchster
z_PLI034_%AS (VP) AG über 85	0,1	-0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,8	0,8	
Quadratsumme	6,4	5,7	3,5	3,5	3,5	3,3	3,2	3,0	2,9	2,8	37,8	
Prozent der Varianz	14,2	12,6	7,8	7,8	7,7	7,3	7,2	6,7	6,5	6,3	84,0	
Eigenwert	9,0	7,2	5,0	4,0	3,5	2,4	2,1	1,9	1,5	1,2	16 Auswahlindikatoren	
Varianz Prozent	20,0	16,1	11,0	8,9	7,8	5,3	4,6	4,2	3,4	2,6		
Prozent kumuliert	20,0	36,1	47,1	56,0	63,9	69,1	73,7	77,9	81,4	84,0		

(Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse; Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung)

Tab. III-8: Dimensionsreduzierende Faktorenanalyse der Pflegebedürftigenstruktur Teil 2

Faktor	1	2	3	4	5	Kommunalität	Auswahl / Erklärungsgehalt
z_PLI058_%AHD bis 1 Jahr (seitPflegeVG)	1,0	-0,1	0,1	-0,1	0,0	0,9	höchster
z_PLI056_mittlere AHD-Monaten (seitPflegeVG)	0,8	-0,2	0,2	-0,2	0,0	0,8	bester
z_PLI033_%Einzugsvolumen (VP)	0,8	0,0	0,2	0,3	0,1	0,8	
z_PLI059_%Auszüge (seitPflegeVG) an Auszüge	-0,1	0,8	-0,1	0,0	-0,1	0,7	höchster
z_PLI057_%AHD bis 1 Jahr (alle)	0,6	-0,7	0,1	0,0	0,1	0,9	höchster
z_PLI055_mittlere AHD-Monaten (alle)	0,2	-0,7	0,1	-0,1	-0,1	0,6	bester
z_PLI051_%AS (VP) Umzug (and-Heim+barriere)	-0,1	-0,7	0,1	-0,6	0,0	0,9	eigenständig
z_PLI050_%AS (VP) imKrankenhaus verstorben	-0,1	-0,7	0,0	0,3	0,0	0,6	eigenständig
z_PLI054_%Auszugsvolumen (VP)	0,5	0,6	0,2	0,3	0,1	0,8	solitär
z_PLI060_%RHB (VP) aus eigenem Kreis	0,2	-0,2	1,0	0,0	0,0	1,0	höchster
z_PLI062_%RHE (VP) aus eigenem Kreis	0,2	-0,3	0,8	-0,1	0,0	0,8	wichtiger
z_PLI061_RHB (VP) %Saldo Bewohner(Zuzug-Verzug)	-0,3	-0,1	-0,6	0,4	0,0	0,7	eigenständig
z_PLI063_RHE (VP) %Saldo Einzug(Zuzug-Weg)	-0,4	0,1	-0,6	0,4	0,1	0,7	solitär
z_PLI052_%AS (VP) Rückkehr in Privathaushalt	-0,1	0,2	0,4	0,0	0,3	0,3	solitär
z_PLI065_V-Eigenversorgungsquote [RHE/RHB]	0,1	-0,2	-0,3	-0,2	0,1	0,2	solitär
z_PLI032_%ES (KZP) ausPrivathaushalt	0,1	-0,2	0,3	-0,1	0,2	0,2	solitär
z_PLI049_%AS (VP) inEinrichtung verstorben	0,0	-0,1	-0,1	0,8	-0,1	0,7	solitär
z_PLI053_%AS (KZP) Rückkehr in Privathaushalt	0,1	0,0	0,1	0,0	0,9	0,8	solitär
z_PLI064_V-Beziehungen [%Saldo RHE/RHB] (alle)	-0,3	0,1	0,1	-0,1	0,7	0,6	eigenständig
z_PLI031_%ES (VP) ausPrivathaushalt	-0,2	0,1	0,0	0,0	-0,3	0,1	solitär
Quadratsumme	3,4	3,4	2,9	1,8	1,6	13,0	
Prozent der Varianz	17,1	17,0	14,4	8,8	7,8	65,1	
Eigenwert	5,2	2,9	2,1	1,5	1,4	19 Auswahlindikatoren	
Varianz Prozent	25,8	14,6	10,5	7,5	6,8		
Prozent kumuliert	25,8	40,4	50,9	58,4	65,1		

(Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse; Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung)

Tab. III-9: Dimensionsreduzierende Faktorenanalyse der Pflegeinfrastrukturindikatoren

Faktor	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Kommu- nalität	Auswahl / Erklärungs- gehalt
Beschreibung	Neu- bauten	PE in ZO	SGB XI	Invest / Neu- bauten	Moderni- sierungs- grad	Platten- bauten	Zimmer- belegung	ThürAGP- flügeVG- DVO	Zimmer mit Naßzelle	un- definiert		
z_PLI075_N %Bewohner	0,8	-0,2	0,0	0,3	0,3	-0,2	0,0	0,1	0,0	-0,3	1,0	höchster
z_PLI092_P %SGBXI-Anteil an Bewohner	-0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,2	-0,4	0,2	0,1	-0,1	0,9	
z_PLI073_N %genehmigt lt HeimG	0,8	-0,2	0,0	0,3	0,4	-0,2	-0,1	-0,1	0,0	-0,3	1,0	
z_PLI074_N %zukünftig neue DP+KZP-Plätze	0,7	-0,1	0,1	-0,1	-0,2	-0,3	-0,2	0,2	0,1	-0,1	0,8	
z_PLI100_N Einzelzimmeranteil	-0,7	0,2	-0,2	0,1	-0,3	-0,2	0,2	0,0	0,0	-0,1	0,8	
z_PLI096_B Einzelzimmeranteil	-0,7	-0,1	-0,1	-0,1	0,2	0,1	0,3	0,5	-0,3	-0,1	1,0	gegenläufig
z_PLI072_N %Anteil	0,7	-0,4	-0,3	0,0	0,1	-0,2	-0,2	0,3	0,1	0,0	0,8	
z_PLI091_P SGBXI-Auslastung (VP+KZP/PlätzeHeimG)	-0,6	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	-0,3	0,2	-0,1	0,6	0,9	
z_PLI108_ZO Einzelzimmeranteil	-0,6	-0,1	0,0	-0,1	0,2	0,1	0,4	0,5	-0,3	-0,1	1,0	
z_PLI103_N Bewohner pro Zimmer99	-0,6	0,2	-0,1	-0,2	-0,1	-0,1	0,6	0,0	0,1	-0,1	0,8	
z_PLI083_ZO %Bewohner	-0,1	1,0	0,0	-0,2	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	höchster
z_PLI081_ZO %genehmigt lt HeimG	-0,2	0,9	0,0	-0,1	-0,1	0,1	-0,1	-0,1	0,0	0,0	1,0	
z_PLI080_ZO %Anteil	-0,1	0,9	0,0	-0,2	-0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	-0,1	0,9	
z_PLI082_ZO %zukünftig neue DP+KZP-Plätze	0,0	0,9	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,9	
z_PLI102_N %Zimmer mit Naßzelle und besser	-0,4	0,6	0,2	-0,3	0,0	-0,2	-0,1	0,1	0,0	0,0	0,7	
z_PLI085_B SGBXI-Auslastung (VP+KZP/PlätzeHeimG)	-0,1	0,1	0,9	0,0	0,0	-0,2	-0,1	0,0	0,1	0,2	0,9	
z_PLI086_B %SGBXI-Anteil an Bewohner	0,0	-0,1	0,9	0,1	0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,2	-0,2	0,9	
z_PLI095_ZO %SGBXI-Anteil an Bewohner	0,1	0,1	0,9	0,1	0,1	-0,1	0,0	0,2	-0,2	-0,3	1,0	
z_PLI094_ZO SGBXI-Auslastung (VP+KZP/PlätzeHeimG)	0,1	0,2	0,9	-0,1	0,0	-0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,9	
z_PLI140_PStat99 ST durchschnittliche Kapazität je	0,1	-0,2	0,5	-0,2	0,2	-0,4	-0,2	0,0	0,3	0,0	0,6	solitär
z_PLI069_I-Prog %genehmigt lt HeimG	0,1	-0,2	0,0	1,0	0,1	0,0	-0,1	0,0	0,1	-0,1	1,0	
z_PLI071_I-Prog %Bewohner	0,0	-0,2	0,0	1,0	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,1	-0,1	1,0	höchster
z_PLI068_I-Prog %Anteil	0,1	-0,2	-0,2	0,8	-0,3	0,1	0,0	0,1	0,0	-0,1	0,8	
z_PLI088_N SGBXI-Auslastung (VP+KZP/PlätzeHeimG)	0,1	-0,1	0,4	0,6	-0,2	-0,3	-0,1	-0,3	-0,1	0,1	0,8	
z_PLI087_N Modernisierungsgrad (DP+KZP/PlätzeHeimG)	0,0	0,2	-0,1	-0,6	-0,5	0,1	0,0	0,1	-0,1	0,2	0,7	
z_PLI089_N %SGBXI-Anteil an Bewohner	0,2	-0,1	0,4	0,5	-0,4	-0,3	-0,2	0,0	-0,3	0,1	0,9	
z_PLI093_ZO Modernisierungsgrad (DP+KZP/PlätzeHeimG)	0,3	-0,1	0,2	-0,1	0,8	-0,2	0,1	-0,1	0,1	0,1	0,9	
z_PLI084_B Modernisierungsgrad (DP+KZP/PlätzeHeimG)	0,2	-0,1	0,2	-0,1	0,8	-0,1	0,0	-0,1	0,2	0,0	0,9	hoher
z_PLI090_P Modernisierungsgrad (DP+KZP/PlätzeHeimG)	-0,2	-0,2	-0,2	0,0	0,7	0,1	-0,1	0,1	0,1	0,3	0,8	
z_PLI070_I-Prog %zukünftig neue DP+KZP-Plätze	-0,1	-0,2	-0,1	0,6	-0,7	-0,1	0,0	-0,1	-0,3	-0,1	1,0	
z_PLI078_P %zukünftig neue DP+KZP-Plätze	-0,1	-0,1	-0,3	0,0	0,6	0,6	0,1	-0,1	0,0	0,1	0,9	
z_PLI079_P %Bewohner	-0,1	0,2	-0,2	-0,1	-0,1	0,9	-0,1	-0,1	0,1	0,2	1,0	höchster
z_PLI077_P %genehmigt lt HeimG	-0,1	0,1	-0,2	0,0	-0,1	0,9	-0,1	-0,2	0,1	0,2	0,9	
z_PLI076_P %Anteil	0,0	-0,2	-0,2	0,0	0,0	0,8	-0,1	-0,1	0,1	-0,1	0,8	
z_PLI099_B Bewohner pro Zimmer99	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	-0,1	1,0	0,0	0,1	0,0	1,0	höchster
z_PLI111_ZO Bewohner pro Zimmer99	-0,1	0,0	0,0	-0,1	0,1	-0,2	0,9	0,0	0,1	0,0	0,9	
z_PLI139_PStat99 Auslastungsgrad VP Kapazität	0,1	0,2	0,4	-0,1	0,3	-0,1	-0,6	0,2	0,0	-0,1	0,7	solitär
z_PLI066 Index Infrastrukturelle Einbindung	-0,3	0,2	0,1	0,2	0,3	0,0	-0,4	0,2	0,3	-0,2	0,6	solitär
z_PLI109_ZO %Zimmer gemäß ThürAGPflegeVG-DVO	0,0	0,0	0,1	0,1	-0,2	-0,2	-0,1	0,9	0,2	-0,1	0,9	
z_PLI097_B %Zimmer gemäß ThürAGPflegeVG-DVO	0,1	0,0	0,2	0,1	-0,1	-0,3	0,0	0,9	0,2	0,0	1,0	hoher
z_PLI105_P %Zimmer gemäß ThürAGPflegeVG-DVO	0,1	0,1	0,3	-0,2	0,0	0,3	-0,2	0,6	-0,2	0,3	0,6	
z_PLI101_N %Zimmer gemäß ThürAGPflegeVG-DVO	-0,2	0,2	-0,1	0,0	-0,4	-0,2	0,2	0,4	0,3	0,1	0,6	
z_PLI098_B %Zimmer mit Naßzelle und besser	0,1	0,0	0,2	0,1	0,2	0,0	0,0	0,1	0,9	0,0	0,9	höchster
z_PLI110_ZO %Zimmer mit Naßzelle und besser	0,2	-0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,8	-0,1	0,9	
z_PLI106_P %Zimmer mit Naßzelle und besser	-0,1	-0,1	0,1	-0,2	0,0	0,2	0,2	0,0	0,8	-0,3	0,8	
z_PLI107_P Bewohner pro Zimmer99	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	0,2	0,2	0,1	0,0	-0,2	0,8	0,8	
z_PLI104_P Einzelzimmeranteil	-0,2	-0,3	-0,2	-0,2	0,2	0,3	0,1	0,3	-0,3	0,5	0,8	
Quadratsumme	5,7	5,0	4,7	4,4	4,4	3,8	3,6	3,3	3,3	2,1	40,4	
Prozent der Varianz	12,1	10,7	10,0	9,5	9,3	8,2	7,6	7,1	7,1	4,4	86,0	
Eigenwert	8,9	6,3	5,4	4,6	3,6	3,2	3,0	2,4	1,8	1,2		
Varianz Prozent	19,0	13,5	11,4	9,7	7,6	6,9	6,3	5,1	3,8	2,5	12 Auswahlindikatoren	
Prozent kumuliert	19,0	32,5	43,9	53,6	61,2	68,2	74,5	79,6	83,4	86,0		

(Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse; Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung)

Tab. III-10: Dimensionsreduzierende Faktorenanalyse der Versorgungs- und Inanspruchnahmeindikatoren

Faktor	1	2	3	4	Kommu- nalität	Auswahl / Erklärungs- gehalt
Beschreibung	V-Grad und IA VP	IA KZP	IA TP	IA VP Alter jüngere		
z_PLI112_VG Plätze genehmigt lt HeimG/100 Senioren	0,98	0,00	0,04	0,15	1,0	
z_PLI116_BIA Bewohner(VP)/100 Senioren	0,98	-0,01	0,09	0,17	1,0	höchster
z_PLI141_PStat99 V-Grad vollstationäre Platz-Kapazität / 100 Senio	0,98	-0,03	0,08	0,09	1,0	
z_PLI114_BIA Bewohner/100 Senioren	0,97	0,03	0,19	0,17	1,0	
z_PLI115_BIA Bewohner(SGBXI)/100 Senioren	0,94	0,03	0,23	0,19	1,0	
z_PLI122_BIA Bewohner(VP) AG>=85	0,94	0,01	0,12	0,17	0,9	wichtiger
z_PLI121_BIA Bewohner(VP) AG75-85	0,93	0,05	0,18	0,03	0,9	
z_PLI113_VG GesamtVersorgungsgrad (incl Plätzen außerhalb	0,92	-0,12	-0,05	0,10	0,9	wichtiger
z_PLI136_Reale IA HeimatBewohner(VP)/100 Senioren	0,90	-0,16	0,12	-0,03	0,9	wichtiger
z_PLI125_EIA Einzüge(VP)/100 Senioren	0,74	0,17	0,13	0,58	0,9	wichtiger
z_PLI130_EIA Einzüge(VP) AG75-85	0,73	0,13	0,20	0,37	0,7	
z_PLI131_EIA Einzüge(VP) AG>=85	0,68	0,21	0,12	0,42	0,7	wichtiger
z_PLI120_BIA Bewohner(VP) AG65-75	0,66	-0,19	0,12	0,41	0,7	
z_PLI137_Reale IA HeimatEinzüge(VP)/100 Senioren	0,65	-0,02	0,22	0,50	0,7	wichtiger
z_PLI119_BIA Bewohner(VP) AG<65	0,52	-0,15	-0,05	0,39	0,5	
z_PLI126_EIA Einzüge(KZP)/100 Senioren	-0,03	1,00	-0,01	-0,01	1,0	höchster
z_PLI134_EIA Einzüge(KZP) AG75-85	-0,07	0,97	-0,06	-0,07	1,0	
z_PLI135_EIA Einzüge(KZP) AG>=85	-0,08	0,97	0,01	0,03	0,9	wichtiger
z_PLI133_EIA Einzüge(KZP) AG65-75	-0,09	0,88	0,19	-0,11	0,8	
z_PLI132_EIA Einzüge(KZP) AG<65	-0,17	0,88	-0,09	0,08	0,8	
z_PLI117_BIA Bewohner(KZP)/100 Senioren	-0,07	0,87	0,04	-0,01	0,8	
z_PLI124_EIA Einzüge(SGBXI)/100 Senioren	0,42	0,83	0,16	0,33	1,0	
z_PLI123_EIA Einzüge/100 Senioren	0,41	0,83	0,18	0,34	1,0	
z_PLI127_EIA Einzüge(TP)/100 Senioren	0,11	-0,07	0,96	0,08	0,9	höchster
z_PLI118_BIA Bewohner(TP)/100 Senioren	0,16	0,05	0,95	0,07	0,9	
z_PLI142_PStat99 V-Grad KZP+TP Platz-Kapazität / 100 Senioren	0,30	0,24	0,86	0,11	0,9	
z_PLI128_EIA Einzüge(VP) AG<65	0,15	0,01	0,02	0,72	0,5	
z_PLI129_EIA Einzüge(VP) AG65-75	0,44	0,27	0,27	0,68	0,8	
Quadratsumme	11,5	6,9	3,0	2,6	24,1	
Prozent der Varianz	41,2	24,6	10,8	9,4	86,1	
Eigenwert	13,4	6,9	2,4	1,3		
Varianz Prozent	48,0	24,8	8,6	4,8		10 Auswahlindikatoren
Prozent kumuliert	48,0	72,7	81,3	86,1		

(Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse; Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung)

Tab. III-11: Dimensionsreduzierende Faktorenanalyse der Pflegelandschaft insgesamt

Faktor Beschreibung	1	2	3	4	5	Kommunalität	Auswahl / Erklärungsgehalt
	IA stationär	IA ambulant	IA privat / häuslich	Pflegegrad ambulant	undefiniert		
z_PLI153_PStat99 Anteil ST an professioneller Pflege	0,96	-0,17	0,13	0,10	0,08	1,0	
z_PLI145_PStat99 %ST an professioneller Pflege Pflegestufe	-0,95	0,00	-0,06	-0,17	0,00	0,9	
z_PLI158_Entwicklung IA Pflegesachleistung (ambulante	0,94	-0,14	0,15	0,10	0,04	0,9	hoher
z_PLI157_Entwicklung IA Pflegegeld (privatePflege) 1997	-0,92	0,22	-0,13	-0,10	-0,11	0,9	wichtiger
z_PLI160_PStat99 IA stationäre Pflegebedürftige [VP] / 10	-0,89	-0,38	0,04	-0,03	0,21	1,0	wichtiger
z_PLI149_PStat99 %stationäre Pflege	0,84	0,35	0,33	0,13	-0,18	1,0	wichtiger
z_PLI168_PStat99 ST Beschäftigte / 1000 EW	-0,83	-0,45	-0,04	0,06	-0,01	0,9	
z_PLI161_PStat99 IA Pflegebedürftige professionelle Pflege	-0,69	-0,59	0,13	-0,02	0,40	1,0	wichtiger
z_PLI147_PStat99 %Pflegegeld	0,62	0,56	0,41	0,16	-0,33	1,0	wichtiger
z_PLI152_PStat99 Anteil professioneller Pflege [AD+ST]	0,62	0,56	0,41	0,16	-0,33	1,0	
z_PLI144_PStat99 %ST Pflegestufe 3	-0,44	-0,31	0,21	0,31	0,00	0,4	solitär
z_PLI150_Entwicklung %Pflegegeld (privatePflege) 1997-99	0,19	0,91	0,04	0,11	0,04	0,9	
z_PLI151_Entwicklung %Pflegesachleistung (ambulantePflege)	-0,02	0,84	-0,12	0,04	0,26	0,8	
z_PLI167_PStat99 AD Beschäftigte / 1000 EW	-0,14	-0,78	-0,11	-0,31	0,25	0,8	
z_PLI155_PStat99 IA ambulante Pflegebedürftige [Sachle	0,08	-0,74	0,25	0,01	0,57	0,9	wichtiger
z_PLI148_PStat99 %ambulante Pflege	0,11	-0,73	-0,38	-0,16	0,46	0,9	wichtiger
z_PLI162_PStat99 IA Gesamt Pflegebedürftige / 100 Senioren	-0,05	-0,03	0,94	0,24	0,13	1,0	eigenständig
z_PLI156_PStat99 IA nichtstationärer Pflege (100 Senioren	0,40	0,17	0,86	0,23	0,02	1,0	
z_PLI154_PStat99 IA häusliche Pflegebedürftige [Pflegeg	0,39	0,35	0,81	0,23	-0,13	1,0	wichtiger
z_PLI159_Entwicklung IA nicht stationärer Pflege 1997-99	-0,04	-0,26	0,54	-0,04	0,03	0,4	
z_PLI165_PStat99 ambulant Pflegebedürftige [Sachleistu	-0,32	-0,20	-0,48	-0,48	-0,08	0,6	solitär
z_PLI146_Entwicklung Pflegestufe3 ambulante Pflege 1997-	0,08	0,24	0,23	0,77	-0,14	0,7	
z_PLI143_PStat99 %AD Pflegestufe 3	0,33	0,02	0,19	0,77	-0,31	0,8	hoher
z_PLI163_PStat99 %AD Beschäftigungsumfang von über	-0,07	0,38	0,06	0,41	0,31	0,4	solitär
z_PLI164_PStat99 %ST Beschäftigungsumfang von über	-0,04	-0,01	-0,04	-0,03	0,55	0,3	solitär
z_PLI166_PStat99 stationäre Pflegebedürftige [VP] je Bes	-0,03	0,07	-0,26	0,29	-0,49	0,4	solitär
Quadratsumme	7,8	5,4	3,8	2,2	1,9	21,0	
Prozent der Varianz	29,9	20,6	14,6	8,4	7,4	80,9	
Eigenwert	10,6	4,4	3,5	1,5	1,1	16 Auswahlindikatoren	
Varianz Prozent	40,7	17,0	13,3	5,7	4,2		
Prozent kumuliert	40,7	57,7	71,0	76,7	80,9		

(Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse; Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung)

III - 7.2 Tabellen- und Materialanlage [PLI]

Die nachfolgenden Tabellen zur Pflegeindikatorenbasis [PLI-Basis] und zu den Auswahlindikatoren [PLI-Auswahl] sind für eine gedruckte Fassung zu umfangreich. Im Adobe pdf-Format liegen diese und weitere Tabellen der digitalen Version der Arbeit auf CD-Rom bei. Zum generellen Aufbau, Struktur und Definition aller Tabellen siehe Abschnitt 3.6.

Tab. III-12: Basis der Pflegelandschaftsindikatoren [PLI-Basis]

Tab. III-13: Auswahlindikatoren der Pflegelandschaft Thüringens [PLI-Auswahl]

[illegible]

Tab. III-14: Korrelationsanalyse der Pflegeindikatorenauswahl [PLI-Auswahl]

III - 8 Tabellenanlagen zum Pflegeindikatorenmodell [IMP]

[illegible]

Tab. III-16: Indikatorenmodell Pflege [IMP], Faktoren- und Clusteranalysen

[illegible]

(zur ausführlichen Tabelle s. pdf-Datei)